



Fisac
Regionale
Toscana

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione Unipol

Assicoop Toscana S.p.A.
AGENZIA GRANDI CLIENTI & BROKER
Via Benedetto Dei 19, 50127 Firenze
Tel 055/496226 Fax 055/9900022
e-mail: convenzionefisac@assicooptoscana.it

MODULO DI ADESIONE ALLE POLIZZE COLLETTIVE AMMANCHI DI CASSA E R.C. PROFESSIONALE

Il sottoscritto/a _____ luogo e data di nascita _____
codice fiscale _____ residente a _____ cap _____
Banca _____
Uff./dipend. _____ via _____ n° _____
Tel uff/dipendenza _____ Fax uff/dipendenza _____
e-mail _____ Tel cellulare _____
Per contratti a termine data inizio rapporto _____ Data fine rapporto _____

DICHIARA:

- di essere iscritto alla Fisac Cgil per l'anno di validità della copertura assicurativa;
- di aver ricevuto ed esaminato, prima dell'adesione, il Fascicolo Informativo comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy, relativo alla polizza collettiva di Responsabilità Civile Rischi diversi Fisac Toscana;
- di aver ricevuto l'Informativa di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n.196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e, ai sensi degli artt. 23 e 26 del medesimo decreto legislativo, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili (convinzioni religiose e filosofiche, opinioni politiche e appartenenze sindacali) per finalità assicurative, apponendo la firma al presente modulo;
- di conoscere e approvare le Condizioni di Assicurazione della presente polizza, riportate nel Fascicolo Informativo relativo alla polizza collettiva di Responsabilità Civile Rischi diversi Fisac Toscana;
- di aderire alla presente polizza in essere tra UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e Fisac Toscana, a favore degli iscritti alla Fisac e di **scegliere la seguente combinazione (VEDI RETRO):**

Combinazione	Premio	Copertura
Numero: _____	€ _____	<input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> 8 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 3 mesi

- di aver effettuato il pagamento del premio tramite bonifico bancario il _____ n° CRO _____
dal c/c intestato a _____ a favore di:

Assicoop Toscana s.p.A. c/o UNIPOL Banca – Filiale 364 di Firenze IBAN: IT 59 A031 2702 8020 0000 0024 358	Causale OBBLIGATORIA: <input checked="" type="checkbox"/> Cognome e nome <input checked="" type="checkbox"/> FISAC territoriale di appartenenza <input checked="" type="checkbox"/> Combinazione scelta
--	---

Avvertenza: si invita l'Aderente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

Data _____

Firma _____

La scheda di adesione debitamente compilata, unitamente alla ricevuta del bonifico, va inviata a ASSICOOP TOSCANA SpA a mezzo:

- fax: 055/9900022;
- e-mail: convenzionefisac@assicooptoscana.it

AVVERTENZE

Il presente modulo di adesione, regolarmente compilato e sottoscritto dall'assicurato, nonché la ricevuta del bonifico bancario relativa al versamento del premio, costituiscono per l'assicurato la documentazione comprovante la copertura assicurativa.

La copertura decorre dalle ore 24.00 della data del bonifico indipendentemente dalla data di invio della scheda di adesione e termina alle ore 24 del 31/12 dell'anno di adesione eccettuato le adesioni temporanee per le quali la garanzia termina alle ore 24 della data di fine rapporto e comunque alle ore 24 del 90° giorno dalla data del bonifico.

COMBINAZIONI E PREMI

Combinazioni	Ammanchi di Cassa Massimale €	RC Professionale		Premio 12 mesi 01/01 – 31/12/16	Premio 8 mesi 01/05 – 31/12/16	Premio 6 mesi 01/07 – 31/12/16
		Massimale per sinistro	Massimale per anno assicurativo			
1	6.000			€ 115,00	€ 96,00	€ 70,00
2	10.000			€ 135,00	€ 113,00	€ 80,00
3	6.000	25.000,00	75.000,00	€ 135,00	€ 113,00	€ 90,00
4	10.000	25.000,00	75.000,00	€ 155,00	€ 129,00	€ 103,00
5	6.000	60.000,00	120.000,00	€ 165,00	€ 138,00	€ 110,00
6	10.000	60.000,00	120.000,00	€ 185,00	€ 154,00	€ 123,00
7	6.000	100.000,00	100.000,00	€ 187,00	€ 156,00	€ 125,00
8	10.000	100.000,00	100.000,00	€ 205,00	€ 171,00	€ 137,00
9		25.000,00	75.000,00	€ 20,00	€ 17,00	€ 13,00
10		60.000,00	120.000,00	€ 58,00	€ 48,00	€ 39,00
11		100.000,00	100.000,00	€ 90,00	€ 75,00	€ 60,00
12		100.000,00	200.000,00	€ 120,00	€ 100,00	€ 80,00
13		200.000,00	400.000,00	€ 140,00	€ 117,00	€ 93,00
14		350.000,00	500.000,00	€ 165,00	€ 138,00	€ 110,00
15		500.000,00	500.000,00	€ 190,00	€ 158,00	€ 127,00
16		750.000,00	750.000,00	€ 335,00	€ 279,00	€ 223,00
17		1.000.000,00	1.000.000,00	€ 445,00	€ 371,00	€ 297,00

Adesioni Temporanee massimo 3 mesi (per adesioni dal 1 gennaio al 31 dicembre 2016)

Combinazioni	Massimale €	Massimale per sinistro	Massimale per anno assicurativo	Premio forfetario
18	6.000			€ 45,00
19	10.000			€ 55,00

Franchigie/scoperti

- Polizza "Ammanchi di cassa" massimale € 6.000: € 80,00 fisse per il 1° e 2° sinistro ; € 155,00 fisse dal 3° sinistro
- Polizza "Ammanchi di cassa" massimale € 10.000: €100,00 fisse per il 1° e 2° sinistro ; € 200,00 fisse dal 3° sinistro
- Polizza "RC Professionale" qualsiasi massimale: 10% con minimo di € 125,00 e massimo di € 2.500,00 persinistro

Assicurato _____ Codice Fiscale _____



Fisac
Regionale
Toscana

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione Unipol

Assicoop Toscana S.p.A.
AGENZIA GRANDI CLIENTI & BROKER
Via Benedetto Dei 19, 50127 Firenze
Tel 055/496226 Fax 055/9900022
e-mail: convenzionefisac@assicooptoscana.it

Informativa e richiesta di consenso per l'uso dei Suoi dati personali sensibili (convinzioni religiose e filosofiche, opinioni politiche e appartenenze sindacali) per finalità assicurative
(Artt. 13, 23 e 26 D.Lgs. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ad integrazione dell'informativa precedentemente consegnata, Le comunichiamo che per fornire i prodotti e servizi assicurativi richiestici la nostra Società acquisisce anche alcuni Suoi dati sensibili, idonei cioè a rivelare le Sue convinzioni od opinioni religiose, filosofiche, politiche e sindacali.

In mancanza di tali dati non potremo applicare le particolari condizioni tecniche/tariffarie stabilite nelle convenzioni assicurative stipulate con la Sua organizzazione di appartenenza, né successivamente informarla degli ulteriori vantaggi previsti nelle convenzioni stesse.

Le chiediamo quindi di rilasciarci il consenso al trattamento di tali Suoi dati, indispensabile per fornirLe i servizi richiesti.

I dati che Lei ci fornisce non sono soggetti a diffusione e saranno trattati, anche con strumenti informatici e telematici, dal personale incaricato delle nostre strutture e da parte di società di fiducia che svolgono, per nostro conto, alcune operazioni di trattamento strettamente necessarie per fornirLe i nostri servizi.

Come previsto dalla normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. n.196/2003), Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso la nostra Società - Titolare del trattamento - e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO), e-mail privacy@unipolsai.it – oppure consultare il sito internet www.unipolsai.it

Sulla base di quanto precede *La invitiamo ad esprimere, con la firma del presente modulo, il Suo consenso* per il trattamento dei suddetti dati da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e dei soggetti sopra indicati per le predette finalità assicurative

Data sottoscrizione modulo _____

L'Assicurato
(firma leggibile)
