



GENERALI
Assicurazioni Generali



Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669669 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il dipendente del C.N.V.V.F. o del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento e proprio nucleo familiare
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del C.N.V.V.F., del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo (casa) _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

- Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento automaticamente assicurato con la polizza n. 263669400 e proprio nucleo familiare
- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare aderente alla polizza n. 263669401
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare aderente alla polizza n. 263669401

chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

per sé stesso

per sé stesso e per il proprio nucleo familiare

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € 450,00 per l'annualità 31/01/10 – 31/01/11 sul c/c postale n° 2564040 intestato alla Taverna S.r.l. in data _____ di cui allega matrice originale del bollettino di versamento.

La modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy*, matrice originale del bollettino di versamento) deve essere restituita compilata e sottoscritta (ed anticipata a mezzo fax al numero 010 / 593967) entro e non oltre il 31/05/2010 alla Taverna S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010 / 5725.1

Data _____

Firma (richiedente) _____

* sul retro Modello "Privacy" (D. Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).