

**ASSICURAZIONE TIROCINANTI**

Il/la sottoscritto/a (scrivere in stampatello)

Cognome..... Nome .....

Via..... Cap ..... Città .....

Nato/a a ..... il .....

Cod. Fisc. .... Tel ..... E-mail .....

**CHIEDE** di poter usufruire delle prestazioni di seguito individuate (**barrare con una X le opzioni prescelte**).

**DICHIARA** di aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione e di corrispondere il contributo annuo richiesto tramite l'apposito modulo di c/c postale n. 756007 intestato a S.I.Co. (Società Italiana di Counseling) Viale della Grande Muraglia, 145 – 00144 Roma – o tramite bonifico bancario cod IBAN: IT73D076010320000000756007 Causale del versamento “Premio assicurazione Tirocinanti anno 2018”

<b>RESPONSABILITA' CIVILE CONTRO TERZI</b> Polizza n° 2362/65/107310570 UnipolSai Assicurazioni S.p.a.– Periodo di assicurazione: 30/04/2018 – 30/04/2019
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MASSIMALE RC TERZI	Euro 500.000,00
FRANCHIGIA	Euro 500,00
<b><u>CONTRIBUTO ANNUO</u></b>	<input type="checkbox"/> <b><u>Euro 15,00</u></b>

<b>INFORTUNI</b> Polizza n° 2362/77/107310362 UnipolSai Assicurazioni S.p.a.– Periodo di assicurazione: Durata tirocinio: n. 150 ore - Max 60 gg		
<b><u>INFORTUNI</u></b>	TIPO DI COPERTURA	VERSA
CAPITALI INFORTUNI Morte Euro 30.000 / Inv.Perm. Euro 30.000 / Rimborso Spese Sanitarie Euro 1.500	FRANCHIGIA I.P. 3%	
PERIODO TIROCINIO: DAL _____ AL _____	DAL _____ AL _____	DAL _____ AL _____
<b><u>CONTRIBUTO</u></b>	Infortuni solo durante lo svolgimento del tirocinio	<input type="checkbox"/> <b><u>Euro 10,00</u></b>
Precisazioni – Limite di età massimo assicurabile 75 anni.		

<b><u>TOTALE VERSATO EURO .....</u></b>
-----------------------------------------

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di comunicazione del suo nominativo alla compagnia assicurativa da parte della S.I.Co entro 10 gg. dal ricevimento del presente modello compilato in ogni sua parte.

Edotto dei diritti spettantimi ai sensi dell'art. 13 L. 675/1996, autorizzo espressamente, ai sensi degli art. 11, 20 e 22 della legge anzidetta, a procedere al trattamento dei dati personali contenuti sul presente modulo o di quelli ulteriori, ivi compresi quelli “sensibili”, desumibili dalla documentazione medico specialistica che vi pervenisse in seguito, esclusivamente per le finalità inerenti l’oggetto del contratto di assicurazione sotto tutti i profili, operativi e gestionali, nonché alla comunicazione degli stessi dati alle categorie interessate, anche all'estero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Inviare via Fax 06/83391706 oppure  
inviare via e-mail a [segreteria.sico@gmail.com](mailto:segreteria.sico@gmail.com) oppure  
tramite posta prioritaria a:

S.I.Co Viale della Grande Muraglia, 145-00144 Roma

ALLEGARE RICEVUTA DEL C/C POSTALE O COPIA BONIFICO BANCARIO
-------------------------------------------------------------------