

ASSICURAZIONE PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a (scrivere in stampatello)

Cognome..... **Nome**
Via..... **cap** **città** **pr**
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 oppure tramite bonifico bancario cod IBAN: IT73D0760103200000000756007 Causale del versamento "Premio assicurazione RCP anno 2020-2021"

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E PROFESSIONALE
 Polizza n° 2362/65/174648180 UnipolSai Assicurazioni S.p.a.– Periodo di assicurazione: 30/04/2020 – 30/04/2021
 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

<u>ATTIVITA' PROFESSIONALE ESERCITATA</u>	<u>Counselor/Sez. A – Psicologo/Sez. B</u>	VERSA
MASSIMALE RC TERZI E PROFESSIONALE	Euro 1.000.000,00 – Euro 1.000.000,00	*****
FRANCHIGIA	Euro 500,00 – Euro 500,00	*****
<u>CONTRIBUTO ANNUO</u>	<input type="checkbox"/> Euro 50,00 – <input type="checkbox"/> Euro 65,00	Euro

INFORTUNI
 Polizza n° 2362/77/166617094 UnipolSai Assicurazioni S.p.a.– Periodo di assicurazione: 30/04/2020 – 30/04/2021
 ASSICURAZIONE FACOLTATIVA

<u>CONTRIBUTO ANNUO</u>	TIPO DI COPERTURA	VERSA
CAPITALI INFORTUNI (vedasi precisazione in fondo al riquadro) Morte Euro 100.000 / Inv.Perm. Euro 130.000 / Diaria Ricovero Euro 60	FRANCHIGIA I.P. 3%	*****
<input type="checkbox"/> Euro 111,75 caso morte + inv.perm.	Infortuni solo professionali	Euro
<input type="checkbox"/> Euro 285,00 caso morte + inv.perm. + diaria ricovero	Infortuni professionali ed extra (24 ore)	Euro

Precisazioni – La diaria è corrisposta per ricovero (max 365gg). Limite di età massimo assicurabile 75 anni.

TOTALE VERSATO EURO

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 spettanti 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 tramite:
 e-mail a segreteria.sico@gmail.com oppure
 Fax 06/83391706 oppure
 Posta prioritaria a:
 S.I.Co Viale della Grande Muraglia, 145 - 00144 Roma (RM)

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