

Modulo da compilare ed inviare, per email, in fotocopia, unitamente alla ricevuta del versamento, a:

CASSA DI ASSISTENZA MUTUA TRA GLI PSICOLOGI ITALIANI

Viale delle Milizie 34, 00192 Roma - www.cassamutuapsicologi.it - email: info@cassamutuapsicologi.it

POSTUMA (2017)

PREMESSO che

Il/la sottoscritto/a (per favore, scrivere in stampatello)

cognome nome

via cap città

cod. fisc. e-mail

tel/cell Albo Psicologi Regione data n° iscr.

figura in Elenco assicurati della Polizza/Convenzione n. 78985735, Allianz Spa per l'assicurazione della Rc professionale degli psicologi, con scadenza annuale al 31.10.2018, e considerato che la sua attività professionale è cessata in data _____, per _____ con il presente modulo si

RICHIEDE che

in base all'art. 3.4 (Postuma per cessazione attività) del contratto assicurativo in argomento, venga attivata la garanzia "postuma", per il periodo decennale decorrente dalle ore 24 del giorno di scadenza annua della polizza più sopra indicata, per il massimale e per il premio risultanti dall'opzione da me espressa nella tabella riportata più sotto. Il versamento del premio dovuto è stato da me già eseguito, come appare dall'allegata copia dell'ordine impartito alla banca, a favore di C.A.M.P.I. - Iban IT 85 T 03069 05000 000027500191.

<i>Massimale</i>	<i>Premio unico incl. imposta</i>	<i>Opzione</i>
Euro 1.000.000 per l'intera decennalità non soggetta a disdetta	€ 60 una tantum	<input type="checkbox"/>
Euro 2.000.000 per l'intera decennalità non soggetta a disdetta	€ 80 una tantum	<input type="checkbox"/>

_____, li _____ Firma _____

FIRMA DELL'EREDE

Se la cessazione dell'attività è dovuta a decesso dell'assicurato, la richiesta è avanzata dal sottoscritto

cognome nome

via cap città

cod. fisc. e-mail

tel/cell

in qualità di erede, anche per conto degli altri co-eredi, come figura dall'allegato atto notorio.

Il sottoscritto dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ. di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

_____, li _____ Firma _____

In base alla normativa prevista del Reg. UE 2016/679, **AUTORIZZO** espressamente, a procedere al trattamento dei dati personali contenuti sul modulo di adesione o di quelli ulteriori, ivi compresi quelli particolari, 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 _____