



### MODULO DI ADESIONE

Da compilare, sottoscrivere e spedire per email al [aliceb@bucchioniassicurazioni.it](mailto:aliceb@bucchioniassicurazioni.it) o per fax al 0187 575808 con allegato copia del bonifico

POLIZZA DI ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE CONSIGLIO NAZIONALE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI

Il / la sottoscritto / a

Nato a

il

Residente in

via / piazza

n°

Codice fiscale

Indirizzo email

tel.

In qualità di Assistente sociale

Presso

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "TUTELA LEGALE"

con decorrenza dal

al 01/10/2014

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA CHE :

- A. Di aver preso visione della modulistica pre-contrattuale: modulo 7 AB.
- B. Di aver preso visione del Fascicolo informativo (composto da Nota Informativa Precontrattuale, Glossario e Condizioni di Assicurazione)
- C. Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con l'Impresa di Assicurazione UCA ASSICURAZIONE SPESE LEGALI E PERITALI SPA di cui il sottoscritto ha preso visione; IN PARTICOLARE PRENDE ATTO CHE:  
l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. A.1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "loss occurrence" con riferimento alla prima azione, omissione, presunta violazione di norme di legge o contrattuali, per le vertenze oggetto della copertura prestata insorte durante la vigenza del presente contratto, a condizione che le stesse siano afferenti ad atti o comportamenti commessi o ad eventi verificatisi non antecedentemente ai 2 anni dalla stipula del contratto.
- D. Non è a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del presente modulo, suscettibili di poter cagionare un sinistro, ivi inclusi i casi in cui il Sottoscritto abbia ricevuto, prima di tale un avviso di garanzia o una richiesta di risarcimento.

RICHIEDE

E. IL MASSIMALE DI:

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASSIMALE PER VERTENZA	€ 10.000	€ 15.000	€ 20.000	€ 30.000
PREMIO ANNUO PRO CAPITE	€ 10	€ 13	€ 16	€ 20

CONFERMA

- F. Di aver pagato il premio di € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ come da copia bonifico allegata
- G. Conscio che, ai sensi e per gli effetti degli art. 1892 e 1893 del codice civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, dichiaro che i dati sopra riportati corrispondono al vero

Data

Firma

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni Generali TUTELUNICA PROFESSIONI ed. 7/2013: Art. V Denunce dei Sinistri – Art. VI Gestione delle Vertenze – Art. IX Recesso del Contratto e anticipata risoluzione - Art. X Durata e Proroga del Contratto - Art XI Competenza Territoriale – Art. XIII Forma delle comunicazioni - Art. XVI Altre Assicurazioni

Data

Firma

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali

Data

Firma