



# ADESIONE POLIZZA SANITARIA 2017/18

RISERVATA AI MAESTRI DI SCI CHE HANNO SOTTOSCRITTO ESCLUSIVAMENTE  
LA POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

PER LA STAGIONE 2017-2018

(MODULO DA RICONSEGNARE ALLA SEGRETERIA ENTRO E NON OLTRE VENERDI 28/04/2017)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ maestro di \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

## DICHIARO

di voler essere inserito nella copertura fornita dalla **polizza collettiva di assistenza sanitaria** a partire dalle ore **24:00** del **30/04/2017** per il periodo dal **01/05/2017** al **30/04/2018** per un importo pari ad :

Euro \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di voler inserire nella copertura di cui sopra i seguenti **famigliari a carico** (senza reddito proprio):

| NOME E COGNOME | NATO IL | CODICE FISCALE | GRADO PARENTELA |
|----------------|---------|----------------|-----------------|
| _____          | _____   | _____          | _____           |
| _____          | _____   | _____          | _____           |
| _____          | _____   | _____          | _____           |

Dichiaro inoltre di voler inserire in copertura i seguenti famigliari **non a carico**, per i quali verserò un ulteriore premio, che mi verrà comunicato e che sarà calcolato in base al numero di famigliari inseriti:

| NOME E COGNOME | NATO IL | CODICE FISCALE | PARENTELA |
|----------------|---------|----------------|-----------|
| _____          | _____   | _____          | _____     |
| _____          | _____   | _____          | _____     |
| _____          | _____   | _____          | _____     |

Data

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_