

**Domanda di adesione alla Polizza Rimborso Spese Mediche
Swiss Life
Contraente SANIVOLO - Cassa di Assistenza Sanitaria dei Piloti**

Tale modulo deve essere compilato, sottoscritto dall'aderente e trasmesso a:
ASSITECA S.p.A. Viale Regina Margherita 253 - 00198 Roma
(tramite e-mail all'indirizzo sanivolo@assiteca.it o via fax n.
06/8558231-06/8082203-06/85350793)

CAPOFAMIGLIA

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente in via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____ Cell. _____

E-mail _____

Iban _____

Indicare la composizione del nucleo assicurabile come da art. 7 dello Statuto di Cassa Sanivolo
(www.sanivolo.org)

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale
			Coniuge/ convivente	
			Figlio/a	
			Figlio/a	
			Figlio/a	
			Figlio/a	

Con il presente modulo, il sottoscritto conferma di aderire alla polizza Rimborso Spese Mediche di "Cassa Sanivolo -Cassa di Assistenza Sanitaria dei Piloti", per l'annualità 01/09/2018 - 31/08/2019.

Le eventuali successive modifiche della composizione del nucleo familiare assicurato potranno essere effettuate direttamente sul sito www.assitecaonline.it, utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso.

Data _____

Firma _____

Preso atto sul sito www.assitecaonline.it dell'informativa ai sensi della Legge 196/03 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, acconsento al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.