



UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

e di estendere l'adesione alla copertura per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € _____ per l'annualità 31/01/04 - 31/01/05 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data _____ di cui allega copia del bollettino.

Tutta la modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2004 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____

Firma del sottoscrittore _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del sottoscrittore e di ogni componente il nucleo familiare assicurato (o dal genitore in caso di minore).

L'adesione non è possibile in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.





UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore
del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il nucleo familiare del personale del CNVVF e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del CNVVF, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Titolare

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Comando/Ufficio di appartenenza _____ Ruolo _____

- Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

Componente del nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Coordinate bancarie in formato BBAN

Banca _____ Intestatario _____

CIN ABI CAB Conto Corrente N.

Evento cui si riferisce il sinistro

- Infortunio Malattia Parto Accertamenti diagnostici/Visite specialistiche
- Ricovero dal _____ al _____ N° ticket allegati _____
- N° fatture allegate _____

La richiesta di rimborso va presentata non oltre 1 anno dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r.

Trascorso un anno, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).

Il presente modulo, unitamente al Modello Privacy, deve essere restituito compilato e sottoscritto alla Taverna PreviAss S.r.l.

- Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____

Firma _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del titolare o del componente il nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro (o dal genitore in caso di minore).

La pratica di sinistro non può essere istruita in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.



Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.

Per il nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comando di appartenenza _____ Ruolo _____

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

dal _____

chiede

l'adesione alla copertura sanitaria volontaria per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € 165,00 per l'annualità 31/01/04 – 31/01/05 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data _____ di cui allega copia del bollettino.

Tutta la modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2004 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____

Firma del sottoscrittore _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del sottoscrittore e di ogni componente il nucleo familiare assicurato (o dal genitore in caso di minore).

L'adesione non è possibile in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.