

MODULO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA

(nuovo assicurato)

Spettabile
Allianz S. p. A.
Via Zarotto 94
43126 Parma

Il/La sottoscritt_
matr.....nato a il.....cessato
dalla Società.....residente
a.....via.....cap.....
telefono abitazione.....

cessato dalla Società del Gruppo Bancario Cariparma Crédit Agricole in data.....con
diritto a pensione INPS,

presa visione della polizza sanitaria Allianz S. p. A. con decorrenza 31.12.2012 e scadenza
31.12.2014.

chiede di potervi aderire, unitamente al coniuge/convivente more uxorio, e figli

Cognome e nome.....
data di nascita.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....

Cognome e nome.....
data di nascita.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....

Il presente richiedente allega al presente modulo il questionario medico per ogni nominativo
consapevole che la Compagnia di Assicurazione si riserva di accettare l'iscrizione a suo
insindacabile giudizio.

Inoltre, dichiara essere veritiere le informazioni di cui sopra, assumendosi ogni responsabilità in
caso di accertata evidenza contraria.

Data

Firma

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri
soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto
di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata.