

MODULO PER IL PERSONALE CHE PASSA IN QUIESCENZA

(da consegnare entro il 31 dicembre dell'anno nel corso in cui è avvenuta la cessazione del servizio)

Spettabile
Allianz S. p. A.
Via Zarotto 94
43100 Parma

Il/La sottoscritt_
matr.....nato a il..... residente
a.....via.....
telefono abitazione.....
cessato dalla Società del Gruppo Bancario Cariparma Friuladria. per collocamento a riposo in
data.....
presa visione della polizza sanitaria Allianz S. p. A. con decorrenza 1.1.2011 e scadenza 31.12.2012
chiede di potervi aderire, unitamente ai familiari sottoelencati

Cognome e nome.....
data di nascita.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO).....
familiare già assicurato nell'anno di cessazione dell'assicurato (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).....
familiare già assicurato nell'anno di cessazione dell'assicurato (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).....
familiare già assicurato nell'anno di cessazione dell'assicurato (SI O NO).....

Il richiedente allega al presente modulo il questionario medico per i nominativi richiesti dalla
Compagnia di Assicurazione, che 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.