



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

## **SCHEDA DI ADESIONE**

da restituire **sottoscritta** con **allegata ricevuta del pagamento** via mail all'indirizzo assicurazioni@uninsubria.it, Università degli Studi dell'Insubria - Ufficio Affari generali e organi collegiali

### **POLIZZA ASSICURATIVA PER PERSONE DELLA CUI OPERA L'UNIVERSITÀ SI AVVALGA NELL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**

(es. Prestatori Occasionali, Prestatori Coordinati e Continuativi, Professionisti)

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... Via ..... tel. ....  
in qualità di .....<sup>1</sup> presso .....<sup>2</sup>  
aderisce alla polizza Infortuni per il periodo:

- mensile**                    **€ 0,62**
- trimestrale**                **€ 1,85**
- semestrale**                **€ 3,69**
- annuale**                    **€ 7,38**

provvedendo al pagamento del relativo premio sul c/c dell'Università degli Studi dell'Insubria presso Banca Popolare di Sondrio, Filiale 158 - Varese, con causale "Copertura assicurativa trimestrale/semestrale/annuale collaboratori":

IBAN: 

IT	29	D	05696	10801	0000	8500	1X87
CIN		ABI		CAB	N°		

**Si precisa che la copertura assicurativa entra in vigore dalla data di pagamento del premio.**

### **CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA**

**Polizza INFORTUNI** N° 370664183 – "Generali Italia SpA" (validità 1.10.2017 - 31.10.2022)

- Massimale di **€ 600.000,00** in caso di morte;
- Massimale di **€ 700.000,00** in caso di invalidità permanente;
- Massimale di **€ 300.000,00** in caso di invalidità permanente da malattia;
- Massimale di **€ 40.000,00** per rimborso spese di cura;
- Massimale di **€ 50,00** al giorno di indennità per inabilità temporanea

Una sintesi delle condizioni delle polizze assicurative è disponibile sul sito di Ateneo all'indirizzo [www.uninsubria.it](http://www.uninsubria.it), sezione *Laureato, Coperture assicurative*.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati acquisiti saranno utilizzati dall'Università degli Studi dell'Insubria per la copertura assicurativa e saranno trattati in conformità al Regolamento Generale per la Protezione dei Dati - Regolamento UE 2016/679 e al Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali".

FIRMA PER ADESIONE

.....

.....

(data)

Nome UOR:  
Denominazione file modulo codificato  
Validato da:  
Aggiornato il:  
Posizione nel repository:

Ufficio Affari generali e organi collegiali  
assicurazione\_adesione\_collaboratori\_AAGG\_002  
Francesca Colombo  
3 ottobre 2018  
<https://www.uninsubria.it/risorse-utili/modulistica>

<sup>1</sup> Specificare la tipologia di contratto, es. Collaboratore a Progetto, Occasionale, Professionista, ecc.

<sup>2</sup> Specificare la struttura, es. Amministrazione Centrale, Dipartimento di Economia, ecc.