

COPERTURE ASSICURATIVE INTEGRATIVE
Dal 31/12/2023 al 31/12/2024
Polizza numero 711921 Compagnia Poste Assicura
(ad adesione volontaria dei singoli Tesserati)

È possibile aderire a **due forme integrative distinte A e B**, grazie alle quali poter aumentare i massimali, le diarie e ridurre le franchigie. Consultare la tabella sottoesposta per i dettagli.

*Somme e sotto limiti assicurati come previsto all'articolo 94 della Convenzione Infortuni/RCT Poste Assicura nr. 711921

Garanzie		Somme assicurate, Scoperti e Franchigie			
		Tesserati over 12	Tesserati under12	Integrativa A	Integrativa B
Infortuni	Morte	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 100.000,00	€120.000,00
	Invalità Permanente	€ 80.000,00 franchigia 5%	€ 80.000,00 Franchigia 5%	€ 100.000,00 franchigia 3%	€ 120.000,00 franchigia 3%
	Diaria da Ricovero	Esclusa	Esclusa	Esclusa	€ 25,00 Franchigia 5 giorni
	Rimborso Spese Mediche	€ 1.000,00* Scoperto 10% minimo € 150,00	Esclusa	Esclusa	Esclusa
Totale Premio				Euro 30,00	Euro 50,00

Come aderire alle Formule Integrative

Il singolo Tesserato che deciderà di aderire ad una o più formule integrative, dovrà semplicemente stampare il **Modulo di Adesione**, sottoscriverlo in ogni sua parte ed inviarlo al broker mezzo mail all'indirizzo integrative.fjlkam@magitaliagroup.com unitamente ad una copia dell'avvenuto pagamento del premio, riportante il timbro della banca ovvero il numero del CRO.

Le garanzie previste dalle formule integrative decorrono dalle ore **24.00 del giorno** della data di valuta del bonifico dove va inserita come causale nominativo/i e numero/i della tessera federale degli assicurati. Si richiede inoltre l'invio del modulo di adesione completo dei dati entro due giorni dalla data di effettuazione del bonifico. La copertura scade il **31 dicembre 2024**.

Ricordiamo che il Modulo di Adesione deve essere **conservato** con cura, poiché, unitamente alle condizioni di assicurazione, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione e rappresenta il documento che ne prova l'esistenza.

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA VOLONTARIA INTEGRATIVA

Il sottoscritto Nato a

Il Telefono Mobile..... E-mail.....

Codice Fiscale

Tesserato alla Federazione Italiana Judo Lotta Karate e Arti Marziali in data/...../...../

Tessera nr.....

(in caso di minore indicare il nominativo del genitore o della persona che esercita la patria potestà)

.....

Dichiara di voler aderire, entro un mese dal tesseramento (*) alla formula assicurativa volontaria di seguito indicata- barrare l'opzione prescelta :

Formula Integrativa A

Premio annuo euro 30,00

Formula Integrativa B

Premio annuo euro 50,00

Ai fini dell'attivazione della copertura mi impegno a versare il relativo premio a mezzo bonifico bancario intestato a:

MAG SPA
BANCA DI CREDITO POPOLARE Filiale di Napoli - via San
Giacomo 16 80132 NAPOLI NA
IBAN: IT 69 E 05142 03419 CC1187004211
Causale del versamento: "Integrative infortuni F.I.J.L.KAM -"

Il bonifico dovrà riportare la seguente causale: "copertura integrativa FIJLKAM nome e cognome tesserato"

Data/...../.....

Firma

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, apponendo la Sua firma.

Ricordiamo che in mancanza di questo consenso MAG S.P.A. potrebbe non dare esecuzione al rapporto assicurativo, e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Data/...../.....

Firma.....

Restituire il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, allegando la copia della disposizione bancaria, a MAG SPA mezzo e-mail: integrative.fijlkam@magitaliagroup.com

È facoltà delle singole Società affiliate FIJLKAM di raccogliere i singoli moduli di adesione volontaria ed inviarli via e-mail all'indirizzo di cui sopra unitamente alla disposizione di bonifico corrispondente al totale dei singoli tesserati aderenti.