

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA FACOLTATIVA INTEGRATIVA

Io sottoscritto _____
nato il _____ a _____, sesso ☐ M ☐ F
residente a _____ via _____
Indirizzo e-mail _____ Codice Fiscale _____

dipendente del Gruppo Credito Emiliano con la qualifica di

- ☐ PERSONALE DELLE AREE PROFESSIONALI E QUADRI DIRETTIVI DI I E II LIVELLO
☐ QUADRI DIRETTIVI DI III E IV LIVELLO E DIRIGENTI

in qualità di aderente al programma di assistenza istituito alle condizioni tutte della Convenzione stipulata tra CASSA DI PREVIDENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO CREDITO EMILIANO ed ELIPS LIFE LTD per garantire la liquidazione di un capitale in caso di morte, invalidità totale e permanente o insorgenza di malattia grave (dread disease), attraverso la COPERTURA OBBLIGATORIA BASE,

intendo aderire, con decorrenza 01.01.2025 alla COPERTURA FACOLTATIVA INTEGRATIVA per un capitale pari a Euro _____.

Il capitale relativo a questa copertura, sommato all'importo massimo stabilito per la copertura base, non può eccedere il limite complessivo di Euro 380.000,00.

DICHIARO

di fornire l'assenso all'assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Luogo e data

Firma dell'assicurando