

**ASSICURAZIONE TIROCINANTI**

Il/la sottoscritto/a (scrivere in stampatello)

Cognome..... Nome .....  
Via..... Cap ..... Città .....  
Nato/a a ..... il .....  
Cod. Fisc. .... Tel. .... E-mail .....

**CHIEDE** di poter usufruire delle prestazioni di seguito individuate (barrare con una X le opzioni prescelte).

**DICHIARA** di aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione e di corrispondere il contributo annuo richiesto tramite bonifico bancario IBAN: **IT08R0326831260052308308550** intestato a S.I.CO. (Società Italiana di Counseling) Viale della Grande Muraglia, 145 – 00144 Roma Causale del versamento **“Premio assicurazione Tirocinanti anno 2025-26”**

**RESPONSABILITA' CIVILE CONTRO TERZI**

Polizza n° 2362/65/107310570 UnipolSai Assicurazioni S.p.a. – Periodo di assicurazione: 31/12/2025 – 31/12/2026

|                         |                                            |
|-------------------------|--------------------------------------------|
| MASSIMALE RC TERZI      | Euro 500.000,00                            |
| FRANCHIGIA              | Euro 500,00                                |
| <u>CONTRIBUTO ANNUO</u> | <input type="checkbox"/> <u>Euro 15,00</u> |

**INFORTUNI**

Polizza n° 2362/77/174648483 UnipolSai Assicurazioni S.p.a.  
Periodo di assicurazione: Durata tirocinio: n. 150 ore - Max 120 gg

| <u>INFORTUNI</u>                                                                                      | TIPO DI COPERTURA                                     | VERSA                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| CAPITALI INFORTUNI<br>Morte Euro 30.000 / Inv.Perm. Euro 30.000 / Rimborso Spese Sanitarie Euro 1.500 | FRANCHIGIA I.P. 3%                                    |                                            |
| PERIODO TIROCINIO: DAL _____ AL _____                                                                 | DAL _____ AL _____                                    | DAL _____ AL _____                         |
| <u>CONTRIBUTO</u>                                                                                     | Infortunati solo durante lo svolgimento del tirocinio | <input type="checkbox"/> <u>Euro 20,00</u> |

Precisazioni – Limite di età massimo assicurabile 75 anni.

**TOTALE VERSATO EURO .....**

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di comunicazione del suo nominativo alla compagnia assicurativa da parte della S.I.Co. entro 10 gg. dal ricevimento del presente modello compilato in ogni sua parte.

Edotto dei diritti spettanti ai sensi dell'art. 13 L. 675/1996, autorizzo espressamente, ai sensi degli art. 11, 20 e 22 della legge anzidetta, a procedere al trattamento dei dati personali contenuti sul presente modulo o di quelli ulteriori, ivi compresi quelli “sensibili”, desumibili dalla documentazione medico specialistica che vi pervenisse in seguito, esclusivamente per le finalità inerenti l'oggetto del contratto di assicurazione sotto tutti i profili, operativi e gestionali, nonché alla comunicazione degli stessi dati alle categorie interessate, anche all'estero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGARE LA RICEVUTA DEL  
C/C POSTALE O  
COPIA BONIFICO BANCARIO

Inviare tramite:  
e-mail a [segreteria.sico@gmail.com](mailto:segreteria.sico@gmail.com)  
oppure WA 324.6115339 oppure  
Posta prioritaria a:  
S.I.Co. Viale della Grande Muraglia, 145 - 00144 Roma (RM)