

## Domanda d'ammissione

Da compilarsi in stampatello in modo leggibile

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo.....C.A.P. ....Città .....Provincia .....

Tel. .... Cell. .... Fax .....

E-mail .....

**Codice Fiscale:** .....

**Federazione/Associazione affiliata** .....

**Discipline praticate:**.....

L'iscrizione all'APOS e DBN dà diritto ed è comprensiva di:

- a) **Coperture Assicurative: RCT – INFORTUNI – TUTELA GIUDIZIARIA**  
*Le coperture sono operative a condizione di essere residenti in Italia*
- b) **Abbonamento di € 15 alla Rivista**

L'iscrizione all'APOS e DBN vale un anno dalla data d'iscrizione

Mi iscrivo come Socio Professionale Affiliato:

Quota annuale.....€ 80,00      Firma.....

Mi iscrivo come Studente/Praticante aspirante Socio:

Quota annuale.....€ 50,00      Firma.....

Trattamento riservato dei dati:

**Acconsoento all'invio al mio indirizzo della rivista e delle comunicazioni da parte dell'Associazione**

Firma.....

Date delle tessere e coperture assicurative

- ) Le quote versate presso la vostra Associazione/Federazione fra l'8 e il 22 del mese x, dovranno essere versate ad APOS e DBN entro il 25 dello stesso mese; le tessere e le relative Coperture Assicurative avranno efficacia **dall'1 del mese successivo ( x+1 )**.
- ) Le quote versate presso la vostra Associazione/Federazione fra il 23 del mese x e il 7 del mese successivo (x+1) dovranno essere versate ad APOS e DBN entro il 10 dello stesso mese x+1; le tessere e le relative Coperture Assicurative avranno efficacia dal **giorno 15 del mese x+1**.

Firma.....

**INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs. 196/2003 "Tutela dei dati personali".**

In conformità all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, La informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno utilizzati da A.P.O.S. e D.B.N. Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali, nonché per finalità di tipo statistico e obblighi derivanti dalla legge. Il trattamento dei predetti dati personali avviene mediante strumenti manuali e con strumenti informatici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In occasione di eventi e congressi, i dati da Lei conferiti saranno comunicati a Organismi di vigilanza per obblighi di legge e, ad eventuali hotel per le prenotazioni da Lei richieste dei pernottamenti, organizzate da A.P.O.S. e D.B.N. Il mancato conferimento dei dati richiesti, potrebbe rendere impossibile la gestione dei rapporti tra Lei e l'Associazione e la redazione di statistiche necessarie per il costante miglioramento dei servizi erogati. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare tutti i suoi dati, e di esercitare tutti i restanti diritti previsti dal sopra citato articolo, mediante comunicazione scritta al Titolare del trattamento dati, A.P.O.S. e D.B.N. **Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali**, con sede in via Vitruvio 35, 20124 Milano. Acconsoento al trattamento dei miei dati personali per le finalità e nei termini indicati nella presente informativa.

Acconsoento all'invio al mio indirizzo della rivista e delle comunicazioni da parte dell'Associazione.

Data.....

Firma.....

Per informazioni e segnalazione sinistri:

**Segreteria APOS e DBN**

**tel. 02/29.53.21.82 - fax.02/29.52.55.90 - e-mail shiatsuapos@tin.it**

<b>MOD 38</b> Domanda d'ammissione Socio Professionale Affiliato - Studente / Praticante aspirante Socio D.B.N. <b>PAG. 1/1 REV. 06-06-2009</b>	Controllato RAQ	Approvato PRE
--	-----------------	---------------

## Sintesi Coperture Assicurative

	<b>R.C.T.</b> <b>(Responsabilità Civile Terzi)</b>	<b>Infortunati</b>	<b>Tutela Legale</b>
<b>Compagnia</b>	<b>Aurora Assicurazioni S.p.A.</b>	<b>Aurora Assicurazioni S.p.A.</b>	<b>D.A.S. Assicurazioni S.p.A.</b>
<b>Massimali</b>	€ 2.000.000,00 per sinistro con il limite di € 2.000.000,00 per persona, per anno assicurativo	Morte € 50.000,00 Invalidità Permanente € 105.000,00 Spese di cura € 1.550,00	€ 21.000,00/sinistro ed illimitato per anno
<b>Franchigie</b>	-	Per Invalidità Permanente: 3% fino al 25% di I.P.	-
<b>Oggetto dell'assicurazione</b>	La Compagnia si obbliga a tenere indenni l'A.P.O.S. e D.B.N. e i suoi iscritti, per eventuali richieste di risarcimento per danni, involontariamente cagionati a terzi, per morte, lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza dell'attività assicurata, svolta individualmente in qualsiasi luogo come: studio professionale, abitazione, palestra, centro benessere, albergo, villaggio turistico, ecc...	L'Assicurazione è operante per gli iscritti A.P.O.S. e D.B.N. in tutte le sedi della Contraente ed anche nelle sedi degli Enti di Formazione ed in qualsiasi luogo nell'ambito delle attività relative allo Shiatsu e alle Discipline Bio Naturali, organizzate dalla Contraente stessa, dagli Enti di Formazione e dalle Associazioni Affiliate. L'Assicurazione s'intende limitata ai soli infortuni professionali.	La Compagnia assicura nei limiti del massimale convenuto e dei rischi assicurati, gli oneri relativi all'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessari a tutela degli interessi dei contraenti.
<b>Estensione territoriale</b>	Tutti i paesi Europei	Tutti i paesi Europei	Europa, con esclusione dei Paesi o zone in cui siano in atto fatti bellici o rivoluzioni.
<b>PERSONE NON CONSIDERATE TERZI</b>	Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.: il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente		
<b>OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO</b>	Dare avviso entro tre giorni	Fare denuncia entro tre giorni	In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne tempestivo avviso.
<b>ALTRE ASSICURAZIONI</b>	L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri	L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.	L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.
<b>Considerazioni</b>		Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli assicurati fossero affetti, con l'intesa che in caso di sinistro, la Compagnia terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio	L'assicurazione non è prestata per le vertenze fra più persone assicurate con la stessa Polizza.

**N.B. I Soci e gli Studenti Praticanti aspiranti Soci devono essere residenti in Italia**

Per informazioni e segnalazione sinistri:

Segreteria APOS e DBN - Via Vitruvio 35 - 20124 Milano -

tel. 02/29.53.21.82 - fax.02/29.52.55.90 - e-mail shiatsuapos@tin.it