



# ATTIVAZIONE CARTA I.P.A.

(Si prega di scrivere in stampatello)

|                 |                |     |
|-----------------|----------------|-----|
| Cognome         | Nome           |     |
| Data di Nascita | Città          |     |
| Nazionalità     | Codice Fiscale |     |
| Indirizzo       |                |     |
| Città           | Prov.          | CAP |
| Telefono        | Cell.          | Fax |
| E-mail          |                |     |

## CONVENZIONE CLINIMUTUA



Il prezzo da corrispondere **per l'attivazione dei Servizi e delle Prestazioni assicurative**, è stabilito nella misura complessiva di **€ 42,00** (euro quarantadue/00) IVA inclusa. Dopo che avrà effettuato il pagamento le sarà inviato a casa il Kit contenente la Guida Operativa + Card.

Tramite l'attivazione della Carta IPA, si avrà la possibilità di richiedere una carta di credito a saldo o rateale con rate modulabili a discrezione del cliente con pagamento a mezzo Rid con un plafond massimo fino a € 5.000.

**Chiedo di poter essere contattato da un vostro incaricato per avere maggiori informazioni:**

SI

NO

## QUOTA DI ATTIVAZIONE CARTA IPA

**IMPORTO CARTA IPA: € 42,00** (premio per anno assicurativo)

Il prezzo da corrispondere per l'attivazione dei Servizi e delle Prestazioni assicurative è stabilito nella misura complessiva di **€ 42,00** (euro quarantadue/00) IVA inclusa.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

- 1) Tramite Bonifico Bancario:** ..... intestato a **CLINIMUTUA Srl**  
Via Francesco Denza 27 - 00197 Roma  
Poste Italiane  
IBAN IT 25 R 07601 03200 000 006 685 161  
Causale: Indicare Nome e Cognome; Associazione di Appartenenza; CARTA IPA
- 2) Tramite Bollettino Postale** ..... Conto Corrente Postale n° 6685161  
Intestato a **Clinimutua Srl**  
(indicando la causale del versamento come sopra)
- 3) Tramite Assegno** ..... Intestato a **Clinimutua Srl**

**NB: I servizi e le prestazioni verranno attivati dal giorno di pagamento;**

Si invitano i gentili soci a [inviare il presente modulo](#) debitamente compilato compilato per posta o per fax a:  
Clinimutua Srl Via Fabio Massimo 88 - 00192 Roma - Fax. 06 32647344; oppure al seguente indirizzo mail: [info@clinimutua.it](mailto:info@clinimutua.it)

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, alla CLINIMUTUA, alla MIAS e ad MONDIAL ASSISTANCE, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data

Firma