



## Modalità di adesione

### Contratto di assicurazione per i primi 30 giorni di malattia o infortunio

1) Compilare e firmare ove richiesto i seguenti documenti:

- Allegato n. 2 alle condizioni di assicurazione (Modulo di Adeguatezza)
- Allegato n. 3 alle condizioni di assicurazione (Modulo di adesione) indicando in corrispondenza della sede di lavoro l'Ordine Provinciale di appartenenza.
- Allegato n. 4 alle condizioni di assicurazione (Informativa Privacy contrattuale)

2) Procedere con il pagamento mediante bonifico.

- Intestatario/Beneficiario: **Generali Italia S.p.A.**
- **Banca Generali S.p.A. – Agenzia Di Trieste**
- Causale: **CIPe - Cognome e Nome dell'Aderente/Assicurato.**
- **IBAN:**

|       |   |         |   |         |   |     |   |   |   |     |   |   |   |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---------|---|---------|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I     | T | 5       | 4 | W       | 0 | 3   | 0 | 7 | 5 | 0   | 2 | 2 | 0 | 0                   | C | C | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 9 | 8 | 6 |
| PAESE |   | CIN Eur |   | CIN Ita |   | ABI |   |   |   | CAB |   |   |   | NUM. CONTO CORRENTE |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

3) Spedire tramite raccomandata a **Agenzia di Generali Italia di Messina (Viale Bocchetta, 70 – 98122 Messina)** i suddetti documenti richiesti al punto 1 (**allegato n. 2, allegato n. 3 e allegato n. 4 alle condizioni di assicurazione**), interamente compilati e con firma in originale (**non fotocopiata**), unitamente a una **copia del bonifico**.

#### EFFETTO DELLA COPERTURA:

- Per le richieste di adesione con bonifico accreditato entro il 31/12/2016, l'assicurazione avrà effetto dal giorno indicato in polizza, ovvero dalle ore 24:00 del 01/01/2017;
- Per le richieste di adesione con bonifico accreditato dopo il 31/12/2016, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ovvero dalle ore 24:00 del giorno di accredito del bonifico;

#### PER INFORMAZIONI E ASSISTENZA:

- Tel. **06.81153377** (dal lunedì al giovedì dalle ore 9:00 alle 13:00 e dalle ore 15:00 alle 17:30; il venerdì dalle ore 9:00 alle 13:00)
- e-mail **polizzaprimi30gg.generali@gmail.com** (referente NATALIA DE LUCA)

**ASSICURAZIONE MALATTIE AZIENDALE**  
*Assicurazione Primi Trenta Giorni Malattia o Infortunio*  
*(modello GeneraSalute RSM M85.CIPe)*

**Modulo adeguatezza ex artt. 52 e 56 Regolamento ISVAP 5/2006**

Il presente modulo ha lo scopo di documentare il processo di raccolta di alcune informazioni utili a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze di copertura assicurativa.

Aderente/Assicurato (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (via, n. civico) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

C.A.P. / Provincia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**La Sua esigenza assicurativa è relativa al rischio malattie ed è soddisfatta dalle garanzie principali sotto indicate?**

Indennità giornaliera

SI

NO

**Ha altre esigenze assicurative in relazione a uno o più rischi sopra indicati?**

SI

NO

**Se SI, quali?**

**L'Aderente/Assicurato prende atto che**

- **le dichiarazioni sopra riportate non determinano i contenuti delle garanzie, che restano regolati dal contratto;**
- **l'efficacia del contratto potrebbe dipendere da ulteriori specifiche dichiarazioni da rendere ai sensi di legge.**

**L'Aderente/Assicurato dichiara inoltre di aver ricevuto copia del presente modulo.**

**Data e luogo** \_\_\_\_\_ **Firma dell'Aderente/Assicurato** \_\_\_\_\_

*Il contratto prevede clausole che indicano decadenze, esclusioni o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Aderente/Assicurato che possono essere riportati con caratteri di particolare evidenza.*

## Modulo di adesione alla polizza n. 361071238 Contraente : CIPE

| DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE/ASSICURATO |               |              |             |
|--|---------------|--------------|-------------|
| Cognome _____                            |               | Nome _____   |             |
| Codice Fiscale: _____                    | nato il _____ |              |             |
| Via _____                                | CAP _____     | Città _____  | Prov. _____ |
| Tel. _____                               | Fax _____     | e-mail _____ |             |
| Codice IBAN. _____                       |               |              |             |
| Sede di lavoro (Regione) _____           |               |              |             |

| OPZIONE SCELTA   |                              |               |
|--|------------------------------|---------------|
| <b>II/La sottoscritto/a CHIEDE di aderire alle seguente opzione:</b> |                              |               |
| Barrare la corrispondente casella                                    |                              |               |
| <b>Selezionare</b>   | <b>Indennità giornaliera</b> | <b>Premio</b> |
| <input type="checkbox"/>   | € 90                         | € 250         |
| <input type="checkbox"/>   | € 130                        | € 330         |
| <input type="checkbox"/>   | € 160                        | € 510         |
| <input type="checkbox"/>   | € 190                        | € 640         |

| DICHIARAZIONI                                    |   |                   |
|--|---|-------------------|
| <b>II/La sottoscritto/a CONFERMA e DICHIARA:</b> |   |                   |
| 1.   | A) di aver ricevuto e di aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione di cui alla polizza sopraindicata;  |                   |
|  | B) di aver preso visione dei moduli 7A e 7B e dell'Informativa Privacy;   |                   |
|  | C) di voler aderire alla polizza sopra indicata, accettandone integralmente e senza riserva alcuna tutte le condizioni contrattuali.  |                   |
|  | <b>Aderente/Assicurato</b> _____  | <b>Data</b> _____ |
| 2.   | Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi ed agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C, le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni che regolano l'assicurazione: Art.1.1 Entarata in vigore dell'assicurazione-Pagamento del premio; Art.1.2 Proroga dell'Assicurazione; Art.1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Art.1.4 Oneri; Art.1.5 Obblighi del Contraente; Art. 1.6 Regolazione del premio; Art.2.2 Persone non assicurabili; Art.2.3 Permanenza in assicurazione-Limiti di età; Art.2.4 Esclusioni; Art.3.1 Denuncia del sinistro e termini di liquidazione; Art.3.2 Controversie. |                   |
|  | <b>Aderente/Assicurato</b> _____  | <b>Data</b> _____ |

### Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi<sup>(1)</sup> (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa<sup>(2)</sup>.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero<sup>(3)</sup>. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - fax 041.549.2235 – [privacy.it@generali.com](mailto:privacy.it@generali.com)*.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

#### Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)

#### **NOTE:**

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY/100/04

Data ultimo aggiornamento: 19/03/2015