



Modalità di adesione

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

1) Compilare e firmare ove richiesto i seguenti documenti:

- **Modulo di adesione**
- **Modulo di adeguatezza**
- **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: **Polizza n. 361071238 - 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 i suddetti documenti richiesti al punto 1, interamente compilati e firmati e unitamente a una copia del bonifico, secondo una delle seguenti modalità alter:**

- **tramite e-mail a polizzaprimi30gg.generali@gmail.com**
- **tramite fax al n. 090.364046**
- **tramite raccomandata a Agenzia di Generali Italia di Messina (Viale Boccetta, 70 – 98122 Messina)**

EFFETTO DELLA COPERTURA:

- Per le richieste di adesione con bonifico accreditato entro il 31/12/2018, l’assicurazione avrà effetto dal giorno indicato in polizza, ovvero dalle ore 24:00 del 01/01/2019;
- Per le richieste di adesione con bonifico accreditato dopo il 31/12/2018, 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)

Modulo di Adesione alla polizza n. 361071238

Contraente : C.I.Pe

Per gli iscritti ai sindacati aderenti alla Federazione C.I.Pe-S.I.S.Pe- S.I.N.S.Pe

Il presente Modulo di Adesione e il Modulo Adeguatezza, debitamente compilati, vanno inviati via posta o via mail all'Agenzia Generali Italia di Messina

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
Sede di lavoro (Regione) _____

DICHIARO di essere interessato ad approfondire l'offerta assicurativa per la protezione in caso di infortunio o malattia (Cura della Persona), e di voler aderire all'opzione di seguito barrata:

Selezionare la scelta	Valore dell'indennità giornaliera	Premio
<input type="checkbox"/>	€ 90	€ 260
<input type="checkbox"/>	€ 145	€ 360
<input type="checkbox"/>	€ 170	€ 590
<input type="checkbox"/>	€ 210	€ 790

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA:**

- ✓ di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni di cui alla polizza sopraindicata;
- ✓ di aver preso visione degli allegati 3 e 4 (ex mod. 7A e 7B) e dell'Informativa Privacy;
- ✓ di voler aderire alla polizza sopra indicata, accettandone integralmente e senza riserva alcuna tutte le Condizioni Contrattuali.

Data _____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

ASSICURAZIONE MALATTIE AZIENDALE

Polizza rimborso spese mediche aziende (modello GeneraSalute RSM M85)

Modulo di valutazione delle esigenze e richieste dell'assicurato
ai sensi dell'art. 58 Reg. Ivass n. 40/2018

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

La Sua esigenza assicurativa è relativa al rischio malattie per le persone come di seguito indicato?

Solo se stesso

SI

NO

Le persone appartenenti al proprio nucleo familiare come definito in polizza

SI

NO

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

SI

NO

Se SI, quali?

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi⁽¹⁾ sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative⁽²⁾; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, privacy.it@generali.com o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati 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, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE⁽³⁾.

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa ⁽⁴⁾ alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

I miei consensi privacy

Preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

✓ Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, 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.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatari; 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.

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- **di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, qui confermati, sono necessari per la valutazione di coerenza della presente proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative dallo stesso manifestate;**
- **di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza ricevuto, in merito al fatto che il prodotto proposto viene raccomandato sulla base delle informazioni rese a Generali Italia S.p.A., in quanto ritenuto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura indicati.**
- **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.

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

(da firmare solo in caso di rifiuto)

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nel presente modulo nella consapevolezza che ciò pregiudica la possibilità di individuare un contratto coerente rispetto alle mie esigenze assicurative.

Data e luogo _____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Firma dell'Intermediario _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE NON COERENZA

(da firmare solo in caso di contratto non coerente)

Il sottoscritto Proponente/Contraente dichiara:

- di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, qui confermati, sono necessari per la valutazione di coerenza della presente proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative dallo stesso manifestate;
- di essere stato informato in merito al fatto che il prodotto da scelto dal medesimo Proponente/Contraente risulta non coerente rispetto ai bisogni manifestati ed alle specifiche esigenze di copertura assicurativa allo stesso indicate nel presente modulo ma che è sua volontà procedere comunque alla stipulazione del contratto.

Data e luogo _____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Firma dell'Intermediario _____

TIMBRO CON GLI ESTREMI DELL'AGENZIA

(da indicare sempre)



Eventuale posizione di riferimento agenziale (es. numero polizza) 361071238