



MODALITÀ DI ADESIONE
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

- 1) Compilare e firmare ove evidenziato i seguenti documenti:
 - **Modulo di Adeguatezza**
 - **Modulo di adesione (indicando, in corrispondenza della sede di lavoro, l'Ordine Provinciale di appartenenza).**
 - **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 infortuni - 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:**
 - tramite raccomandata a **Agenzia di Generali Italia di Messina (Viale Boccetta, 70 – 98122 Messina)**
 - tramite PEC a **messina@pec.agenzie.generali.com**

EFFETTO DELLA COPERTURA:

L'assicurazione ha effetto dalle ore **24:00 del giorno del pagamento** e scade alle ore 24:00 dello stesso giorno dell'anno successivo. Per maggiore chiarezza, si precisa che quando il pagamento viene eseguito tramite bonifico per giorno del pagamento si intende il giorno di accredito del bonifico sul conto della Compagnia.

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 **pediatri.generali@gmail.com**

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
Mod I45 – CGA I901 “Assicurazione Infortuni Cumulativa Aziendale”

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 alla tutela contro gli infortuni ed è soddisfatta dalle garanzie sotto indicate?

Invalidità Permanente da infortunio

Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

Indennità giornaliera da ingessatura

Rimborso spese sanitarie

SI

NO

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

SI

NO

Se SI, quali?

Morte

Rendita vitalizia per invalidità permanente grave

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.

**Mod. MAP-I "MODULO DI ADESIONE" alla polizza n. 370697749
 Contraente: SIMPeF**

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

OPZIONE SCELTA

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** di aderire alla seguente opzione:

Barrare la corrispondente casella

Opzione	Garanzie e Somme assicurate per i casi di infortunio						Premio finito
	Invalidità permanente	Morte	Indennità giornaliera da ricovero	Indennità giornaliera da ingessatura	Rimborso spese	Rendita vitalizia	Premio annuo
<input type="checkbox"/> Basic	€ 50.000	-----	€ 50	€ 50	€ 10.000	-----	€ 45
<input type="checkbox"/> Comfort	€ 100.000	-----	€ 100	€ 100	€ 10.000	-----	€ 90
<input type="checkbox"/> Top	€ 100.000	€ 50.000	€ 100	€ 100	€ 10.000	€ 10.000	€ 150

DICHIARAZIONI

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

- 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;
 E) di voler aderire alla polizza sopra indicata, accettandone integralmente e senza riserva alcuna tutte le condizioni contrattuali.

Aderente/Assicurato _____	Data _____	←
---------------------------	------------	---
- 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: 4.3 Variazione della persona del Contraente; 6.2 Foro competente; 6.4 Altre assicurazioni; 6.5 Recesso in caso di sinistro; 6.6 Proroga dell'assicurazione.

Aderente/Assicurato _____	Data _____	←
---------------------------	------------	---

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⁽¹⁾ (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⁽²⁾.

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⁽³⁾. 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.*

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.

(Nome e Cognome leggibile)

(Firma)

(Luogo e data)

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, società d'informazione commerciale.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, 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.

GIPRY/100/04

Data ultimo aggiornamento: 28/10/2015