

**MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N. 2018/03/2335253**

**ASSOCIAZIONE RIUNITI – SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI**

Spett.le **Associazione RIUNITI** (Telefono **335.8489209** FAX **011.8129992** e-mail: **info@riuniti.org**)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ C.F. o P.I. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Dichiara:

- di essere laureato in 1) medicina e chirurgia  2) odontoiatria  data di iscrizione all'albo professionale \_\_\_\_\_  
 data di conseguimento del titolo di studio \_\_\_\_\_ data di conseguimento della specializzazione \_\_\_\_\_
- di lavorare prevalentemente in: 1) struttura pubblica  2) struttura privata  3) altro  (es. studio privato, poliambulatorio)
- di essere: 1) dipendente  2) libero professionista  3) specializzando  4) altro
- di svolgere attività prevalente: 3) di implantologia  5) di altra chirurgia orale  11) non chirurgica
- di sottoscrivere la polizza per la copertura dei rischi di R.C. Professionale ed Infortuni / Malattia, in qualità di Associato all'Associazione Riuniti, alle condizioni di seguito indicate e riportate all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione:

**GARANZIE INFORTUNI / MALATTIA (obbligatorie ed abbinate alla garanzia RCG)**

(riservate all'Associato che svolge attività di Odontoiatra)

**INFORTUNI DELLA CIRCOLAZIONE STRADALE**

Somma assicurata Morte da Infortunio Euro 15.000

Somma assicurata Invalidità da Infortunio Euro 15.000

**MALATTIA – LONG TERM CARE (copertura contro la perdita di autosufficienza)**

Somma assicurata Rendita mensile di Euro 480,00 per massimo 5 anni a condizione che l'Associato permanga in vita

Attività esercitata	Premio INFORTUNI / MALATTIA (comprensivo di imposte)
Odontoiatra	Infortuni Euro 5,00
	Malattie Euro 38,00

**GARANZIA RCG (obbligatoria ed abbinata alle garanzie INFORTUNI / MALATTIA)**

Scoperto 10% del danno con il minimo di Euro 500,00 ed il massimo di Euro 5.000,00 per i danni da implantologia

Franchigia di Euro 300,00 su tutti gli altri danni

Massimale unico Euro 2.000.000 per sinistro e per anno

**(Indicare con una X l'attività esercitata):**

Attività esercitata	Premio (comprensivo di imposte)	
<input type="checkbox"/> Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia	€ 713,00	di cui: € 670,00 per la garanzia RCG € 5,00 per la garanzia Infortuni € 38,00 per la garanzia Long Term Care
<input type="checkbox"/> Odontoiatra che effettua interventi di implantologia	€ 1.513,00	di cui: € 1.470,00 per la garanzia RCG € 5,00 per la garanzia Infortuni € 38,00 per la garanzia Long Term Care

**ESTENSIONI DI GARANZIA APPLICABILI (sovra premi comprensivi di imposte):**

- Estensione A) "**Medicina Estetica**" (sovra premio di € 500,00) Si  No
- Estensione B.1) "**Restituzione dei Compensi**" (sovra premio di € 300,00) Si  No   
*Ai fini dell'attivazione della garanzia B.1) il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto richieste di risarcimento nei tre anni precedenti la data di stipula della presente polizza*
- Estensione B.2) "**Restituzione dei Compensi**" (sovra premio di € 400,00) Si  No   
*Ai fini dell'attivazione della garanzia B.2) il sottoscritto dichiara di aver ricevuto non più di una richiesta di risarcimento nei tre anni precedenti la data di stipula della presente polizza*
- Estensione C) "**Medico di Medicina Generale (medico di base o di famiglia)**" (sovra premio di € 120,00 per Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia) Si  No

N.B.: le Estensioni di Garanzia B.1) e B.2) non sono attivabili nel caso di copertura a "Secondo Rischio"  
l'Estensione di Garanzia C) è automaticamente compresa per l'Odontoiatra che effettua interventi di implantologia

**SCONTI APPLICABILI AI PREMI INDICATI NELLE PRECEDENTI TABELLE DELLA GARANZIA RCG**

N.B.: Lo sconto non è applicabile ai sopra premi previsti per le Estensioni di Garanzia

- Sconto "**Neolaureati**" Si  No   
(Sconto del 50% pari ad € 335,00 per odontoiatri che non effettuano implantologia oppure € 735,00 per odontoiatri che effettuano implantologia)  
*Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione da non più di 48 mesi per l'attività professionale prestata esclusivamente presso studi di terzi o presso la struttura pubblica.*
- Sconto copertura "**Secondo Rischio**" Si  No   
(Sconto del 35% da calcolarsi sul premio della garanzia RCG comprensivo di eventuali sopra premi per le Estensioni di Garanzia)  
*Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara che per lo stesso rischio ha in corso altra copertura assicurativa stipulata con la Società \_\_\_\_\_ per i seguenti massimali:  
Responsabilità Civile Terzi € \_\_\_\_\_ per sinistro,  
col limite di € \_\_\_\_\_ per persona e di € \_\_\_\_\_ per danni a cose ed animali.  
Responsabilità Civile Operai € \_\_\_\_\_ per sinistro, col limite di € \_\_\_\_\_ per persona.*

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.**

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

N.B. E' possibile visionare e scaricare tale documentazione accedendo al sito dell'Associazione RIUNITI [www.riuniti.org](http://www.riuniti.org) presso i locali dell'Associazione Riuniti.

## MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO

Il premio complessivo da versare è calcolato sommando il premio della garanzia INFORTUNI / MALATTIA al premio dell'opzione della garanzia RCG selezionata.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il premio di polizza dovrà essere pagato a mezzo assegno bancario o tramite bonifico bancario versato su conto corrente bancario intestato al Broker di Assicurazioni **Vogliotti Broker srl** – (codice IBAN IT 15 T 03069 01002 100000062845) con la seguente causale:

Convenzione RC Professionale Riuniti – Nome e Cognome

Le adesioni potranno essere effettuate in base alla modalità di pagamento del premio prescelta e la garanzia avrà effetto dalle ore 24.00:

- 1) della data in cui viene effettuato il bonifico di pagamento del premio sul conto corrente bancario intestato a Vogliotti Broker s.r.l.;
- 2) della data in cui il Broker comunica alla Società Reale Mutua di Assicurazioni (Agenzia di Alba), a mezzo fax od altra analoga forma documentale avente data oggettivamente certa, l'avvenuto pagamento del premio da parte del socio a mezzo assegno bancario.

**In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversaria, il certificato emesso in adesione, è prorogato per un'ulteriore annualità sempreché la polizza convenzione sia in vigore.**

Per le corrette modalità si rimanda all'art. 5) "Decorrenza e durata dell'assicurazione" per le garanzie di Responsabilità Civile e Infortuni. Relativamente alla garanzia LTC - Long Term Care, la polizza è senza tacito rinnovo così come previsto all'art. 1.2 "Durata dell'Assicurazione".

Firma per adesione \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## GARANZIA INFORTUNI

**Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2.1 (Dichiarazioni dell'Assicurato – aggravamento del rischio); Art. 2.3 (Decorrenza e durata dell'assicurazione); Art. 3.5 (Rischi non assicurati); Art. 3.16 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 5.4 (Persone non assicurabili); Art. 6.8 (Esclusioni e Variazioni in corso di polizza); Art. 6.10 (Limiti di età); Art. 6.11 (Obblighi in caso di sinistro).

## GARANZIA MALATTIE

**Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare specificatamente i seguenti punti delle Condizioni riportate sulle Condizioni di Assicurazione:** 1.1 (Pagamento del premio – effetto dell'assicurazione); 1.3 (Decorrenza della garanzia); 3.1 (Limiti di età - Persone non assicurabili); 3.2 (Rischi esclusi); 4.1 (Unici casi in cui Reale Mutua può recedere dal contratto); 5.1 (Riconoscimento dello stato di non autosufficienza); 5.2 (Condizioni di pagamento della rendita – rivedibilità dello stato di non autosufficienza); 5.3 (Controversie – arbitrato irrituale).

## GARANZIA RCG

**Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2 (Coesistenza di altre assicurazioni), Art. 4 (Recesso in caso di sinistro), Art. 18 (Delimitazioni), Art. 19 (Inizio e termine della garanzia); Art. 25 (Denuncia dei sinistri RCT); Art. 26 (Denuncia dei sinistri RCO); Art. 28 (Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri).

Firma per approvazione \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016**

**1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web, o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua Assicurazioni al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le Sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, liquidazione delle prestazioni contrattuali, liquidazione dei sinistri o pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, nonché per assolvere obblighi di legge.

**2. Modalità di trattamento dei dati personali** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da tutti i dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società si potrà avvalere di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società stessa, eventualmente anche all'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, nonché con l'iter di archiviazione delle pratiche.

**3. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per le finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art 2359 c.c.(situare anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo.

**4. Trasferimento dei dati all'estero** - I dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea e verso Paesi al di fuori dell'Unione Europea sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti

**5. Diritti dell'interessato** - (art. 12-23 del Regolamento) - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i Suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, o per entrare in contatto con il Responsabile della protezione dei dati, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it)

**6. Titolare e Responsabili del trattamento** - Il titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

#### Consenso necessario

Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

#### Consenso facoltativo

La Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente informativa. Sono finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo la Società Le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, proponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no **per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della nostra Società:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI  NO   
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI  NO

E-mail \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ nome e cognome

\_\_\_\_\_ Firma

**ADEGUATEZZA****AVVERTENZA PRELIMINARE**

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Aderente.

Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative dell'Aderente, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza.

**Il sottoscritto dichiara di voler fornire le informazioni circa le proprie esigenze assicurative?**Sì  - NO 

1. In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede l'Aderente è consapevole che la polizza cumulativa stipulata da Associazione Riuniti potrebbe non essere adeguata rispetto alle proprie esigenze assicurative.
2. In caso di risposta affermativa le dichiarazioni che seguono, risultano appropriate?

Il sottoscritto dichiara che:

- a) intende tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme da corrispondere a titolo di risarcimento per danni involontariamente cagionati a terzi a seguito di errori ed omissioni colposi direttamente connessi all'esercizio dell'attività professionale di Medico Odontoiatra;
- b) è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, evidenziati al punto B.3 della nota informativa (Mod. 5060RIU/NI RCG - Ed. 09/15), di cui ha preso visione con la sottoscrizione del presente modulo;
- c) ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa;
- d) ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle proprie esigenze assicurative

Sì  - NO 

**In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede il sottoscritto prende atto che la copertura assicurativa non potrà essere attivata.**

N.B. Consigliamo di richiedere maggiori informazioni se i contenuti dell'offerta non fossero sufficientemente chiari.

Firma \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il presente modulo di adesione, una volta sottoscritto, deve essere consegnato in originale o trasmesso a mezzo fax o via e-mail alla Contraente RIUNITI unitamente alla copia dell'ordine di bonifico.**

**QUESTIONARIO PER LA QUOTAZIONE SPECIFICA DA PARTE DI REALE MUTUA ASSICURAZIONI**

- Svolge attività professionale fuori dal territorio nazionale (Europa come sopra definita) Sì  – NO

- In quale nazione: \_\_\_\_\_

- Occasionalmente  - In maniera continuativa

- Per quanto tempo: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

