

**MODULO DI ADESIONE ALLA GARANZIA FACOLTATIVA INFORTUNI / MALATTIA**
**della polizza convenzione Associazione RIUNITI – SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI**

 Spett.le Associazione RIUNITI (Telefono 335.8489209 e-mail: [info@riuniti.org](mailto:info@riuniti.org))

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

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

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

Tessera Associativa n. \_\_\_\_\_ Anno Iscrizione albo Medici \_\_\_\_\_

in qualità di Associato all'Associazione RIUNITI, avendo sottoscritto la polizza per la copertura dei rischi di R.C. Professionale ed Infortuni (Sezione A), dichiara di voler aderire alla garanzia facoltativa INFORTUNI / MALATTIA nei termini diseguito indicati:

 per sé

 per sé e per i propri familiari

**INFORTUNI / MALATTIA - OPZIONE FACOLTATIVA (abbinabile alla garanzia BASE già sottoscritta)**
 Associato che svolge attività di Odontoiatra

Data di nascita \_\_\_\_\_

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	TASSO LORDO	PREMIO LORDO
Morte da infortunio		0,79%	
Invalità permanente da infortunio Opzione A – franchigia per componenti di capitale <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3% fino a € 250.000;</li> <li>• 5% tra € 250.000 e € 500.000</li> <li>• 10% oltre € 500.000</li> </ul>		1,37%	
Invalità permanente da infortunio Opzione B - Franchigia Assoluta 5%		0,95%	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,63 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		9,45%	
Invalità permanente da malattia		Fino a 25 anni 1,05% da 26 a 30 1,15% da 31 a 35 1,26% da 36 a 40 1,52% da 41 a 45 1,68% da 46 a 50 1,84% da 51 a 55 2,00% da 56 a 60 2,63% da 61 a 65 3,04%	
Contagio da virus Epatite B e C		0,21%	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			



Associazione RIUNITI – Sede legale Via De Sonnaz 14 – Torino  
cod. fisc. 97745680013 Tel. 335-8489209 - mail: [info@riuniti.org](mailto:info@riuniti.org)

Familiare di Associato che non svolge attività manuali

Data di nascita \_\_\_\_\_

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	TASSO LORDO	PREMIO LORDO
Morte da infortunio		0,79‰	
Invalità permanente da infortunio Franchigia Assoluta 3%		1,10‰	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,63 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		9,45‰	
Invalità permanente da malattia		Fino a 25 anni 1,05‰ da 26 a 30 1,15‰ da 31 a 35 1,26‰ da 36 a 40 1,52‰ da 41 a 45 1,68‰ da 46 a 50 1,84‰ da 51 a 55 2,00‰ da 56 a 60 2,63‰ da 61 a 65 3,04‰	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			

#### MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO

In base alla data di adesione alla presente estensione di garanzia, i premi – computati in base alle precedenti tabelle e agli artt. 8.1, 8.2 e 8.3 delle Condizioni di Assicurazione Infortuni / Malattie – sono dovuti alla Compagnia nei seguenti termini:

- 100% del premio annuo per adesioni entro il 30.06.2023;
- 60% del premio annuo per adesioni successive al 30.06.2023.

**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))*

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

Il premio di polizza dovrà essere versato sul conto corrente bancario intestato a :

**Vogliotti Broker s.r.l.** (Codice IBAN : **IT47V0306901006100000070167**

con la seguente causale: Convenzione Associazione RIUNITI – Nome e Cognome

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato a **Vogliotti Broker s.r.l.**, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversaria del 31.12, l'assicurazione è prorogata per un'ulteriore annualità, sempreché il rapporto S/P non sia superiore al 120%; in tal caso l'assicurazione si intenderà non tacitamente rinnovata.

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 / MALATTIA**

**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. 1.1 (Durata del contratto); 1.3 (Variazioni); 2.1 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 2.5 (Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo); Art. 3.4 (Rischi non assicurati); 4.2 (Dichiarazioni dell'Assicurato – Aggravamento del rischio); 4.8 (Rischi non assicurati); Art. 4.10 (Attività diverse da quella dichiarata); 6.4 (Persone non assicurabili); 7.7 (Decorrenza della garanzia – Carenze); Art. 7.8 (Esclusioni e variazioni in corso di polizza); 7.9 (Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione); Art. 7.10 (Limite di età); Art. 7.11 (Obblighi in caso di sinistro).



Firma per approvazione \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

Così come disposto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la **DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**.

**PROFILO FAMILIARE**

Stato Civile: single convivente coniugato  
Ha figli?: no sì: quanti: \_\_\_\_\_ (maggioresni minoresni)

**ANALISI ASSICURATIVA PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA**

- 1) **Nei confronti di quali eventi è già assicurato/tutelato (totalmente o parzialmente)?**  
infortuni malattie assistenza non assicurato non autosufficienza altro
- 2) **Si vogliono assicurare gli infortuni nell'ambito:**  
solo professionale  
solo extra professionale (comprende la circolazione)  
professionale + extra professionale  
altro
- 3) **Si vuole garantire ai beneficiari degli assicurandi un capitale in caso di decesso da infortunio?**  
SÌ NO
- 4) **Vuole ricevere un indennizzo in caso di infortunio e/o malattia invalidanti che comportino una riduzione (totale o parziale) della Sua capacità di lavoro?**  
SÌ (infortuni + malattie) SÌ (solo infortuni) SÌ (solo malattie) NO
- 5) **Si vuole garantire agli assicurandi un indennizzo in caso di infortunio invalidante che comporti una riduzione (totale o parziale) della capacità di lavoro?**  
SÌ NO

N.B. alcune garanzie prevedono franchigie/scoperti in caso di sinistro e limitazioni/esclusioni della prestazione. Il suo intermediario è a disposizione per illustrarle nel dettaglio ogni contenuto di polizza. Le raccomandiamo, comunque, di leggere attentamente le condizioni di assicurazione con specifico riguardo alle parti evidenziate in grassetto. In particolare le vogliamo far presente che la polizza oggetto dell'eventuale acquisto non opera per le conseguenze di situazioni patologiche (infortuni/malattie) preesistenti all'acquisto stesso.

Firma Intermediario \_\_\_\_\_

Data e Firma Dichiarante (potenziale Assicurato) \_\_\_\_\_

**SEZIONE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO****DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Firma Intermediario \_\_\_\_\_

Firma Dichiarante (potenziale Assicurato) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto. Il principale motivo di inadeguatezza è: \_\_\_\_\_

Firma Intermediario \_\_\_\_\_

Firma Dichiarante (potenziale Assicurato) \_\_\_\_\_



**Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali**

**A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali che La riguardano richiesti o acquisiti, eventualmente anche sensibili e/o giudiziari, saranno trattati dalla Società Reale Mutua Assicurazioni al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

**B) Modalità di trattamento dei dati personali** - I dati sono trattati dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti. Nella nostra Società i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori esterni nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa.

**C) Comunicazione dei dati** - I dati, secondo i casi, limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti che si configurano come Responsabili o Titolari autonomi per specifici ambiti di trattamento.

**D) Diffusione dei dati** - I dati personali non sono soggetti a diffusione.

**E) Conferimento dei dati** - Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo, tuttavia, in mancanza di comunicazione non potremo dar seguito alle finalità descritte al punto A) della presente informativa.

**F) Diritti dell'interessato** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, anche mediante l'utilizzo della posta elettronica, del fax o del telefono e di ricevere immediato riscontro che confermi l'interruzione di tale trattamento. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, 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)

**G) Titolare del trattamento** - Società Reale Mutua Assicurazioni – Via Corte d'Appello, 11 – Torino.

**H) Responsabile del trattamento** - Il Dirigente pro tempore della Direzione Beni e Patrimonio.

**Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**I) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali** - Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**L) Relativamente alle finalità di cui alla lettera I),** chiediamo altresì il Suo consenso al fine di permettere alla nostra Società ed ai soggetti sopra indicati di effettuare il trattamento dei Suoi dati anche per il tramite di strumenti di comunicazione elettronica quali e-mail, telefax, messaggi tipo Mms (Multimedia Messaging Service), o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

e-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Precisiamo che il consenso è, nei casi previsti alle lettere I) e L), del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.**

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