

**MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE
 ASSOCIAZIONE RIUNITI – SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI**

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

Il sottoscritto Dr. _____ C.F. o P.I. _____

Via _____ Cap _____ Località _____ Prov _____

Telefono _____ e-mail _____

Dichiara:

- di essere laureato in 1) medicina e chirurgia 2) odontoiatria data e numero di iscrizione all'albo professionale _____
- 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 / LTC, in qualità di Associato all'Associazione Riuniti, alle condizioni di seguito indicate e riportate all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione:

GARANZIE INFORTUNI/LONG TERM CARE (obbligatorie ed abbinata alla garanzia RCG)

(riservate all'Associato che svolge attività di Odontoiatra) **INFORTUNI DELLA CIRCOLAZIONE STRADALE**

Vale per gli *infortuni* che il socio dell'Associazione RIUNITI subisca quando si trova a bordo di autoveicoli, motoveicoli e ciclomotori **in qualità di conducente**, purché abilitato alla guida.

Somma assicurata Morte da Infortunio Euro 15.000 Somma assicurata Invalidità permanente da Infortunio Euro 15.000

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 / LONG TERM CARE (comprensivo di imposte)
Odontoiatra	Infortuni € 5,00
	LongTerm Care € 38,00

GARANZIA RCG obbligatoria ed abbinata alle garanzie INFORTUNI - LONG TERM CARE

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 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 <u>non</u> 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 LTC
<input type="checkbox"/> Odontoiatra che effettua interventi di implantologia		di cui: € 1.470,00 per la garanzia RCG € 5,00 per la garanzia Infortuni € 38,00 per la garanzia LTC

ESTENSIONI DIGARANZIA 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 DELLAGARANZIA RCG

N.B.: Lo sconto non è applicabile ai sovra 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 la copertura è operante 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 sovra 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 ed € _____
Per 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

MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO

Il premio complessivo da versare è calcolato sommando il premio della garanzia INFORTUNI / LTC 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 intestato al Broker di Assicurazioni **Vogliotti Broker srl** (codice IBAN: **IT47V030690100610000070167**) con 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, la polizza cumulativa RC n.2018/03/2335253 INFORTUNI/MALATTIA N 2022/05/3024269 E LONG TERM CARE N° 2018/05/2801835 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**

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 incasso di sinistro).

GARANZIA MALATTIE (Long Term Care)

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).

GARANZIARCG

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 DELL'ART. 13 D.LGS. N. 196/2003

1. 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 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), 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, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, 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, in qualità di Responsabili o di Incaricati, 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 svolgono per conto e secondo le istruzioni della Società stessa, in Italia o all'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa.

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. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per le finalità amministrative contabili, come definite all'art. 34, comma 1-ter del D.Lgs. 196/2003, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo.

4. Trasferimento dei dati all'estero - I dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa.

5. Diritti dell'interessato - (art. 7 del D.Lgs. 196/2003) - 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 chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, secondo le modalità previste dall'art. 9 del D.Lgs. 196/2003 e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. 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 non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: buongiornoale@realemutua.it

6. Titolare e Responsabili del trattamento - Il titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino. L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile nel sito internet della Società www.realemutua.it

Consenso necessario

Il sottoscritto presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei suoi 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 nostra Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'informativa. Si tratta di finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto. Per questo motivo la nostra Società Le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no **per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali ed offerte speciali da parte della nostra Società:**

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - | tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - | tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

E-mail _____

Cellulare _____

DATA

NOME 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 sborsare 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 sulla nota informativa (Mod.5060RIU /NI RCG - Ed. 10/18), 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 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: _____

- Ha in corso incarico di DIRETTORE SANITARIO SÌ – NO
- Presso quale struttura: _____

- Il fatturato annuale della suddetta struttura è superiore ad 1 milione di euro SÌ – NO

Firma _____





Tel. 335-8489209
Sede Legale – Torino
Via E.De Sonnaz 14
www.riuniti.org
mail: info@riuniti.org

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA ASSOCIAZIONE

In qualità di Associato

Il Sottoscritto _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Cell _____ e-mail _____

Luogo e data di nascita _____

Cod. fiscale _____

Partita IVA _____

Codice univoco / Pec _____

Consenso al trattamento di dati personali generali e sensibili

Preso atto della informativa allegata acconsento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 (“GDPR”), al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ **firma** _____

L'Assicurato riconosce e dichiara costituire proprio interesse che l'Associazione persegua e raggiunga intese, in qualsiasi forma, con soggetti terzi, ad es. compagnie assicurative, brokers o intermediari, in nome e per conto dell'associato medesimo, finalizzate al conseguimento di condizioni di maggior favore; l'Associato in particolare riconosce come l'Associazione possa più agevolmente ottenere condizioni vantaggiose rispetto a quanto potrebbe l'Associato singolo; l'Associato conferisce inoltre, fin d'ora, facoltà all'Associazione a che la medesima conferisca mandato a soggetti terzi per l'incasso della quota-tessera associativa, impregiudicata la titolarità esclusiva del rapporto associativo in capo rispettivamente all'Associato ed all'Associazione ed in ragione dei possibili vantaggi sul piano gestionale connessi al delegare esternamente attività richiedente altrimenti l'allestimento di struttura ad hoc.

Spett.le

Vogliotti Broker S.r.l.

R.U.I. B000380625

Via Angelo Brofferio 3 - 10121 – Torino

e-mail: info@vogliottibroker.it

tel: 011884170



Oggetto: mandato di brokeraggio assicurativo

Preso atto che la Società è iscritta nella sezione B del Registro Unico degli Intermediari di Assicurazioni (D. Lgs. n. 209/2005) al numero **B000380625**, con la presente Vi nominiamo nostri broker e Vi affidiamo l'incarico di prestarci assistenza e consulenza relativamente al contratto Convenzione chiusa "RIUNITI" per la polizza Responsabilità Civile Professionale.

Il presente incarico è valido con l'adesione alla polizza Convenzione chiusa e cesserà automaticamente alla cessazione della stessa o salvo nostra/Vostra eventuale revoca scritta inviata con preavviso di almeno mesi 1 (uno).

RingraziandoVi per la Vostra collaborazione, Vi porgiamo i nostri migliori saluti.

Letto, approvato e sottoscritto in Torino, addì

*

*Firma della persona fisica ovvero
timbro della persona giuridica e firma di un procuratore

Per accettazione
Vogliotti Broker S.r.l.