

Cassa Nazionale del Notariato
MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2019 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2022 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31/01/2020.

Il presente modulo, compilato e sottoscritto, dovrà essere spedito entro il 31 Gennaio 2020 alla Società Reale Mutua Assicurazioni per via e-mail: affarispeciali@realemutua.it

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI E BLUE ASSISTANCE POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, È NECESSARIO PRESTARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso necessario al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa allegata, in materia di trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n.2016/679, ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO al trattamento dei miei/nostri dati personali, incluse categorie particolari di dati che mi/ci riguardano, per le finalità, secondo le modalità e i soggetti indicati nella predetta informativa.

Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Nome e cognome dell'interessato (in stampatello) _____ (Firma del titolare di polizza) _____

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Sesso: M F Nato il: __/__/____

Indirizzo _____ N. _____ CAP _____

Comune _____ Prov. (_____) Nazione _____

E-mail _____ @ _____

Telefoni (Fisso) _____ (Mobile) _____

DICHIARA

di voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo di durata triennale, versando a Cassa Previass II il relativo contributo annuo attualmente pari ad (BARRARE LA CASELLA DI PROPRIO INTERESSE):

€ 1.292,70 per l'Aderente che scelga di assicurare solo sé stesso – "Formula Single"

€ 2.222,70 per l'Aderente che intenda assicurare sé stesso unitamente al nucleo familiare * – "Formula Family"

***N.B. I figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni che risultino conviventi, non sono ricompresi nel nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "base + integrativa single" previo versamento di € 995,10 del contributo complessivo previsto.**

Coniuge¹/Convivente more uxorio/Unito civilmente	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il __/__/____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (____) Nazione _____
Figlio	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il __/__/____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (____) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
Figlio	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il __/__/____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (____) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
Figlio	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il __/__/____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (____) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
Figlio	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il __/__/____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (____) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*

¹ Coniuge non legalmente separato

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico, conviventi e non conviventi. I figli conviventi, non a carico, con età non superiore ai 30 anni, rientrano nel novero di nucleo familiare. Sono altresì inclusi nel nucleo familiare i figli non conviventi per i quali il Capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

SI IMPEGNA A VERSARE ANNUALMENTE CON LE MODALITA' DI SEGUITO INDICATE:

a) Per la prima annualità 01.11.2019/31.10.2020 l'importo di:

• € _____

b) il contributo annuo relativo alla seconda annualità 01.11.2020/31.10.2021;

c) il contributo annuo relativo alla terza annualità 01.11.2021/31.10.2022.

A MEZZO DI: S.D.D. RATA UNICA S.D.D. FRAZIONAMENTO IN 12 RATE CARTA DICREDITO*

* Per effettuare la procedura di pagamento con **Carta di Credito** l'Aderente deve cliccare sul link presente all'interno del sito della Cassa Nazionale del Notariato, nella sezione "Adesione Modalità Cartacea" del Piano integrativo.

DICHIARA:

- di impegnarsi a versare i contributi di cui ai precedenti punti a), b) e c), per la copertura sanitaria triennale da me scelta e garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarsi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa Previass II e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della propria posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei propri dati anagrafici e del Nucleo Familiare iscritto se presente.

Reale Mutua Assicurazioni si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Previass II per l'intera durata triennale delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato.

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2019 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2022 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31/01/2020.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme comporta il rigetto della domanda presentata.

Data : _____

Firma del Titolare: _____

RIFERIMENTO MANDATO
MODULO DI AUTORIZZAZIONE S.D.D.

• **DATI DEL DEBITORE:**

Cognome: _____
Nome: _____
Indirizzo: _____ n° _____ CAP: _____
Località: _____ Provincia: _____ Comune: _____ Codice Fiscale: _____

IBAN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Banca: _____ Codice Swift (BIC) _____

• **DATI DEL CREDITORE:**

Ragione sociale: Cassa Internazionale di Assistenza per le Aziende Clienti del Gruppo Willis S.p.a. PREVIASS II
Sede legale: via Padova n° 55 CAP: 10152 Località: Torino Provincia : (TO) Paese: Italia

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
 - addebiti in via continuativa**
N.B: gli addebiti sono limitati ai contributi dovuti a Previass II per la copertura triennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base che decorre dal 01.11.2019 e cesserà il 31.10.2022.
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Cognome e nome del sottoscrittore: _____

Codice fiscale del sottoscrittore: _____

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Luogo e Data _____

Firma del debitore _____

La copia del presente modulo, compilata e sottoscritta entro il 31 Gennaio 2020, **dovrà pervenire alla Società Reale Mutua Assicurazioni** per via:

E-mail: affarispeciali@realemutua.it

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
PIANO INTEGRATIVO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO 2019-2020**

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

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 A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

1. E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato? SI NO
Non ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali? SI NO
2. E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato per i Suoi familiari? SI NO
3. E' interessato ad ampliare per i suoi familiari le garanzie sanitarie? SI NO
4. Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Integrativo ? SI NO
5. Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI NO
6. Il costo per l'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa?
Il costo per l'estensione del Piano Integrativo anche ai suoi familiari è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI NO

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
PIANO INTEGRATIVO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI – SI, SONO INTERESSATO - NON HANNO ALTRE COPERTURE e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:

Gentile Iscritto,
avendo lei risposto **SI – SI, SONO INTERESSATO – NON HANNO ALTRE COPERTURE** - a tutte le domande del questionario, il Piano sanitario Integrativo risulta adeguato.
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a affarispeciali@realemutua.it

Confermo di voler procedere SI
Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile)

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:

Gentile Iscritto,
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto.
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a affarispeciali@realemutua.it

Confermo di voler procedere SI
Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile)

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE ALMENO UNA RISPOSTA

C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta, ha risposto a tutte le domande e desidera procedere, scriva una mail a affarispeciali@realemutua.it per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Gentile Iscritto,
in relazione alle risposte fornite, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari. In particolare il prodotto potrebbe essere potenzialmente inadeguato

stante la/e risposte negative da Lei fornite nel questionario dell'adeguatezza.

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di essere consapevole che la copertura relativa al Piano Integrativo non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari e di voler comunque stipulare il contratto. Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a affarispeciali@realemutua.it

Luogo e data
Firma dell'interessato (leggibile)

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

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 altri menti 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 di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio 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 danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i 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, per assolvere obblighi di legge.

2. Base giuridica del trattamento - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata - 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 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 potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'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, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. 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 suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, potranno, infine, essere comunicati al contraente della polizza assicurativa, di cui l'interessato è beneficiario, per darvi esecuzione. I dati personali acquisiti non saranno, in ogni caso, soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

6. Diritti dell'interessato (artt. 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, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: buongiornoreale@realemutua.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@realemutua.it.

7. Titolare del trattamento - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

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.

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto:

Cognome e Nome _____

Nato a _____

il _____

CF _____

Indirizzo _____

CAP _____

Località _____

Provincia _____

Estremi della polizza a cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di Assicurazione

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Ramo

MALATTIA

N° Polizza*

2019/05/2845656

Decorrenza

01/11/2019

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018, dichiara di avere ricevuto la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____

Firma dell'Interessato _____

Si prega vivamente di restituire la presente ricevuta compilata e sottoscritta, unitamente a tutta la restante documentazione prevista per il modulo di adesione.