

**Cassa Nazionale del Notariato**  
**MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE**  
**PER I NOTAI DI PRIMA NOMINA E/O ALTRI AVENTI DIRITTO**

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono:

- per i notai di prima nomina dalle ore 00.00 della data di 1° iscrizione al ruolo;
- per tutte le altre casistiche di aventi diritto dalle ore 00.00 dalla data di decorrenza della delibera della CNN;
- per tutti i nuovi eventi (nascita, matrimonio e unioni civili) come da art. 4.9 delle CGA.

Il presente modulo, compilato e sottoscritto, dovrà essere spedito entro il termine di 60 giorni dalla data di decorrenza alla **Società Reale Mutua Assicurazioni** per e-mail: [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178-2215562.

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:  NOTAIO IN ATTIVITA'  PENSIONATO O TITOLARE DI PENSIONE NOTARILE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Sesso:  M  F Nato il: \_ / \_ / \_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Nazione \_\_\_\_\_

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

Telefono (Fisso) \_\_\_\_\_ (Mobile) \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di voler aderire al predetto **Piano Sanitario Integrativo** di **durata biennale**, 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.**

**Definizione di Nucleo:** 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



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

a) Per la prima annualità, avente scadenza 31.10.2021, l'importo di:

• € \_\_\_\_\_

**TABELLA CONTRIBUTI ANNUI da inserire:**

Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Single	€ 1.292,70
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Family	€ 2.222,70
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Single con l'aggiunta della Adesione alla Copertura Sanitaria Completa di figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni (conviventi)	€ 2.287,80 (1 figlio e nessun altro membro del nucleo familiare) € 3.282,90 (2 figli e nessun altro membro del nucleo familiare) <i>Aggiungere € 995,10 al contributo previsto per la formula single per ogni figlio come da descrizione riportata accanto</i>
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Family con aggiunta della Adesione alla Copertura Sanitaria Completa di Figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni (conviventi)	€ 3.217,80 (1 figlio) € 4.212,90 (2 figli) <i>Aggiungere € 995,10 al contributo previsto per la formula family per ogni figlio come da descrizione riportata accanto</i>

b) Per la seconda ed ultima annualità 01.11.2021/31.10.2022 il medesimo contributo annuo, salvo eventuali sopraggiunte modifiche di stato di famiglia che dovranno essere comunicate nei termini alla Compagnia così come da CGA;

A MEZZO DI:  S.D.D. RATA UNICA  S.D.D. FRAZIONAMENTO MENSILE  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) 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 biennale delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato.

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2020 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2022 (scadenza della Convenzione) e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre i termini previsti artt. 4.6 e 4.7 delle Cga.

**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:**

<b>Ragione sociale:</b> PREVIASS II - Cassa Internazionale di Assistenza per le Aziende Clienti del Gruppo Willis S.p.a. PREVIASS II
<b>Sede legale:</b> via Padova n° 55 CAP: 10152 Località: Torino Provincia : (TO) Paese: Italia
<b>Codice identificativo:</b> IT73PRV0000097552610012

**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 biennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base che cesserà il 31.10.2022 (scadenza della Convenzione).
- 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 termine di 60 giorni dalla data di adesione **dovrà pervenire alla Società Reale Mutua Assicurazioni** per via:

E-mail: [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178-2215562.

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO INTEGRATIVO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO 2020-2022**

(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

2. NON ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali? SI  NO

\*rispondere **SI** in caso **non** abbia altre coperture;

\*rispondere **NO** in caso le abbia.

3. E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato per i Suoi familiari? 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? SI  NO

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 2020-2022**

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

**A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:**

Gentile Iscritto,  
avendo lei risposto SI a tutte le domande del questionario, il Piano sanitario Base risulta adeguato.  
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito della Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere SI   
Luogo e data

**FIRMA DELL'INTERESSATO** \_\_\_\_\_

**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](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere SI   
Luogo e data

**FIRMA DELL'INTERESSATO** \_\_\_\_\_

**C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta ed ha risposto a tutte le domande:**

Gentile Iscritto,  
in relazione alla risposta negativa da Lei fornita, la proposta assicurativa potrebbe non risultare potenzialmente adeguata alle esigenze assicurative di sé e/o dei suoi familiari.

Apponendo comunque la firma nello spazio sottostante, Lei dichiara di voler stipulare il contratto pur essendo consapevole che la copertura relativa al Piano Integrativo potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative di sé e/o dei suoi familiari.

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](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Qualora ritenesse necessario avere ulteriori chiarimenti, scriva una mail a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Confermo di voler procedere SI   
Luogo e data

**FIRMA DELL'INTERESSATO** \_\_\_\_\_

## 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](http://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 ricorrono 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: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@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](mailto: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 (da restituire firmata)**

Il sottoscritto:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato 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

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 all'indirizzo email [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178-2215562.