

# INFORTUNI DIPENDENTI

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
----------------	-----------------

LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE
------------------	----------------

VIA	CITTA	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

TELEFONO	E-MAIL
----------	--------

FILIALE	UFFICIO	Q.TÀ PRECEDENTE	MATRICOLA
---------	---------	-----------------	-----------

Dichiaro di essere interessato ad approfondire l'offerta assicurativa per la protezione in caso di infortunio o Malattia (Cura della persona).

Firma .....

## MODULO ADEGUATEZZA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N. 40/2018

Il presente modulo ha lo scopo di documentare il processo di raccolta di alcune informazioni utili a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze di copertura assicurativa.

• **La Sua esigenza assicurativa relativa al rischio infortuni è soddisfatta dalle garanzie principali sotto indicate?**

- Morte da Infortunio
- Rimborso spese mediche a seguito di infortunio  SI  NO
- Invalidità Permanente da Infortunio
- Invalidità Permanente da Ictus e Infarto (art. 34)
- Inabilità temporanea

• **Ha altre esigenze assicurative in relazione a uno o più rischi sopra indicati?**  SI  NO

Se SI, quali?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **L'Aderente/Assicurato prende atto che:**
  - le dichiarazioni sopra riportate non determinano i contenuti delle garanzie, che restano regolati dal contratto;
  - l'efficacia del contratto potrebbe dipendere da ulteriori specifiche dichiarazioni da rendere ai sensi di legge.
- **L'Aderente/Assicurato dichiara inoltre di aver ricevuto copia del presente modulo.**

Luogo e data ..... Firma .....

**Il contratto prevede clausole che indicano decadenze, esclusioni o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Aderente/Assicurato che possono essere riportati con caratteri di particolare evidenza.**

**DICHIARO** di aver ricevuto copia di tutti i documenti costituenti il set informativo ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e delle condizioni generali della Polizza convenzione Infortuni Generali Italia SpA – CSAP n. IU7/420628991 mediante comunicazione in formato elettronico trasmessa al mio indirizzo di posta elettronica:

e di averne preso visione prima della sottoscrizione del presente modulo, ai sensi del Regolamento IVASS 40/2018 e dell'art. 120 quater del codice delle Assicurazioni.

Firma .....

Dichiaro di non essere o di non esser mai stato affetto da alcune delle patologie previste dall'art. 17 (persone non assicurabili). Dichiaro altresì di essere in possesso di tutti i requisiti previsti, pertanto

### ADERISCO

alla predetta polizza convenzione, nella combinazione da me prescelta, per la durata di 5 (cinque) anni con successivi taciti rinnovi annuali salvo quanto disposto dalla legge n.99 del 23 luglio 2009. In conformità al disposto dell'art.1901 C.C. la garanzia assicurativa ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima trattenuta a ruolo paga del premio assicurativo per la combinazione di adesione prescelta. **L'adesione alla presente polizza nella combinazione prescelta annulla l'eventuale Polizza Convenzione Infortuni in vigore secondo i termini previsti all'art.11 delle condizioni contrattuali.** Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che il presente contratto è di durata poliennale con riduzione del premio di tariffa dell'8,35%. Pertanto, ai sensi della Legge n.99 del 23 luglio 2009, sono a conoscenza di non poter esercitare la disdetta del presente contratto, fatto salvo quanto previsto dalle condizioni di polizza all'art.46 delle condizioni di polizza, prima del decorso della quinta annualità con preavviso entro 60 giorni prima della scadenza quinquennale e successive annualità.

FORMULA PLATINUM	FORMULA GOLD	FORMULA SILVER
€ 42,50 Premio mensile	€ 37,75 Premio mensile	€ 21,00 Premio mensile
Firma .....	Firma .....	Firma .....

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi ed agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c, le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni che regolano l'assicurazione: Art. 1 Decorrenza dell'assicurazione; Art. 2 Pagamento del premio; Art. 4 Durata e Proroga dell'Assicurazione; Art. 5 Modifiche della polizza convenzione; Art. 6 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art.13 Rischi esclusi; Art. 16 Limiti di età; Art.17 Persone non assicurabili; Art. 38 criteri di indennizzabilità; Art. 39 Ammontare del Premio e modalità di pagamento; Art. 44 Arbitrato - Modalità di valutazione del danno; Art. 45 Liquidazione dell'indennizzo per la garanzia "Invalidità permanente da ictus o infarto"  
Art. 35 comma 7 - Diritto all'indennizzo.

Firma .....



POLIZZA CONVENZIONE N. IU7/420628991

## INFORTUNI DIPENDENTI



DELEGA

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE											
MATRICOLA	FILIALE	UFFICIO	Q.TÀ PRECEDENTE									

Autorizzo il datore di lavoro a trattenere mensilmente sulle mie competenze il premio assicurativo riferito alla polizza nella forma da me sottoscritta e trasferirlo al CSAP. Il CSAP avrà cura di comunicare al datore di lavoro: il mese per il quale deve essere operata la prima trattenuta del premio assicurativo sulle mie competenze; l'eventuale aumento del premio assicurativo conseguente all'adeguamento ISTAT; la revoca della trattenuta del premio assicurativo sulle mie competenze.

FORMULA PLATINUM	FORMULA GOLD	FORMULA SILVER
€ 42,50 Premio mensile	€ 37,75 Premio mensile	€ 21,00 Premio mensile
Firma .....	Firma .....	Firma .....