



Polizza Convenzione Personale Operativo ENAV

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA
LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTÀ)		
TELEFONO	E-MAIL	
MATRICOLA - CID	SOCIETÀ	CODICE AREA SOTTOAREA LOCALITÀ

MODULO ADEGUATEZZA EX ARTT. 52 E 56 REGOLAMENTO ISVAP 5/2006

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 è relativa al rischio "inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni", è soddisfatto delle garanzie principali sottoindicate?**
 - Indennità giornaliera per inidoneità temporanea al servizio conseguente a malattia o infortunio. SI NO
 - Indennità forfettaria per inidoneità definitiva conseguente a infortunio o gravi eventi.

- **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.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA

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.

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE (DA FIRMARE SOLO IN CASO DI RIFIUTO)
Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nel presente modulo adeguatezza nella consapevolezza che ciò pregiudica la possibilità di individuare un contratto adeguato alle mie esigenze assicurative.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA (DA FIRMARE SOLO IN CASO DI CONTRATTO INADEGUATO)
Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato l'Aderente/Assicurato dei principali motivi, sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni fornite da quest'ultimo, la proposta/contratto assicurativo non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle esigenze assicurative dell'Aderente/Assicurato. Il sottoscritto aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Indicare i motivi _____
_____ FIRMA _____ FIRMA _____
LUOGO E DATA DELL'ADERENTE/ASSICURATO DELL'INTERMEDIARIO

Preso visione della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT (Istituto Nazionale Assistenza Trasporti) n. IU7/370131733 il cui testo in copia integrale mi è stato fornito dall'INAT, dichiaro di non essere o di non esser mai stato affetto da alcune delle patologie previste dall'Art. 8 (persone non assicurabili). Dichiaro altresì di essere in possesso di tutti i requisiti previsti, pertanto

ADERISCO

alla predetta convenzione; il rapporto assicurativo avrà la durata di 1 (uno) anno con proroga tacita di anno in anno e decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima ritenuta a ruolo del premio assicurativo mensile di cui all'opzione da me prescelta e sottoscritta, come di seguito riportato.

PREMIO MENSILE LIGHT € 8,50 Firma	PREMIO MENSILE MEDIUM € 13,00 Firma	PREMIO MENSILE TOP € 19,50 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. 6 Rischi esclusi | Art. 11 Ammontare del premio e modalità di pagamento |
| Art. 7 Persone non assicurabili | Art. 13 Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato |
| Art. 9 Decorrenza dei rapporti assicurativi | Art. 19 Controversie |
| Art. 10 Limite di età | Art. 20 Liquidazione dell'indennizzo |

Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'INAT

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE (ART. 13 D. LGS. 196/2003 - CODICE PRIVACY)

La informiamo che GENERALI ITALIA S.p.A., titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) **connessi alla polizza in convenzione con l'Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT)** richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽²⁾. **In particolare, l'Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT), in qualità di Titolare Autonomo, curerà la raccolta delle adesioni e denunce di sinistri.** Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽³⁾. I Suoi dati non saranno diffusi. Senza i Suoi dati - alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge - non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi. Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi a:

- GENERALI ITALIA S.p.A. - Privacy, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - fax 041.549.2235 privacy.it@generali.com. Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società
- Istituto Nazionale Assistenza Trasporti - INAT, in persona del Presidente pro tempore, presso la sede dell'INAT in Largo Carlo Salinari, 18 - 00142 Roma. Tel. 06.515741 Fax 06.5132653

NOTA BENE: al fine della validità della Polizza è necessario sottoscrivere il consenso alla gestione dei dati sottoposti alla Privacy da parte di tutti gli aderenti alla Polizza (titolare e componenti nucleo familiare se maggiorenne).

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento, Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte di Generali Italia S.p.A. e Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT), la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento di questi ultimi a fini assicurativi.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA NOME E COGNOME LEGGIBILE

Acconsento altresì al trattamento dei dati da parte dell'Inat per finalità di promozione nuove polizze e/o per rilevare il grado di soddisfazione del servizio offerto.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA NOME E COGNOME LEGGIBILE

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattati di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.



Polizza Convenzione Personale Operativo ENAV

DELEGA

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
MATRICOLA - CID	AZIENDA - SEDE DI LAVORO

SPAZIO RISERVATO ALL'INAT

Autorizzo il datore di lavoro a trattenere sulle mie retribuzioni mensili, il premio assicurativo il cui importo è qui sotto indicato in base all'opzione da me prescelta e sottoscritta, relativa alla Polizza Convenzione n. IU7/370131733 ed a trasmetterlo all'INAT, Istituto Nazionale Assistenza Trasporti .

L'INAT avrà cura di comunicare al datore di lavoro:

- il mese a decorrere dal quale dovrà essere effettuata la suddetta trattenuta;
- l'eventuale aumento dei premi assicurativi conseguente all'adeguamento dell'indice ISTAT;
- la revoca della trattenuta.

PREMIO MENSILE LIGHT € 8,50 Firma	PREMIO MENSILE MEDIUM € 13,00 Firma	PREMIO MENSILE TOP € 19,50 Firma
--	--	---



Polizza Convenzione Personale Operativo ENAV

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA
LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTÀ)		
TELEFONO	E-MAIL	
MATRICOLA - CID	SOCIETÀ	LOCALITÀ

MODULO ADEGUATEZZA EX ARTT. 52 E 56 REGOLAMENTO ISVAP 5/2006

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 è relativa al rischio "inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni", è soddisfatto delle garanzie principali sottoindicate?**
 SI NO
 - Indennità giornaliera per inidoneità temporanea al servizio conseguente a malattia o infortunio.
 - Indennità forfettaria per inidoneità definitiva conseguente a infortunio o gravi eventi.

- **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.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA

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.

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE (DA FIRMARE SOLO IN CASO DI RIFIUTO)
 Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nel presente modulo adeguatezza nella consapevolezza che ciò pregiudica la possibilità di individuare un contratto adeguato alle mie esigenze assicurative.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA (DA FIRMARE SOLO IN CASO DI CONTRATTO INADEGUATO)
 Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato l'Aderente/Assicurato dei principali motivi, sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni fornite da quest'ultimo, la proposta/contratto assicurativo non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle esigenze assicurative dell'Aderente/Assicurato. Il sottoscritto aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Indicare i motivi _____
 _____ FIRMA _____ FIRMA _____
 LUOGO E DATA DELL'ADERENTE/ASSICURATO DELL'INTERMEDIARIO

Preso visione della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT (Istituto Nazionale Assistenza Trasporti) n. IU7/370131733 il cui testo in copia integrale mi è stato fornito dall'INAT, dichiaro di non essere o di non esser mai stato affetto da alcune delle patologie previste dall'Art. 8 (persone non assicurabili). Dichiaro altresì di essere in possesso di tutti i requisiti previsti, pertanto

ADERISCO

alla predetta convenzione; il rapporto assicurativo avrà la durata di 1 (uno) anno con proroga tacita di anno in anno e decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima ritenuta a ruolo del premio assicurativo mensile di cui all'opzione da me prescelta e sottoscritta, come di seguito riportato.

PREMIO MENSILE LIGHT € 8,50 Firma	PREMIO MENSILE MEDIUM € 13,00 Firma	PREMIO MENSILE TOP € 19,50 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. 6 Rischi esclusi	Art. 11 Ammontare del premio e modalità di pagamento
Art. 7 Persone non assicurabili	Art. 13 Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato
Art. 9 Decorrenza dei rapporti assicurativi	Art. 19 Controversie
Art. 10 Limite di età	Art. 20 Liquidazione dell'indennizzo

Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'INAT

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE (ART. 13 D. LGS. 196/2003 - CODICE PRIVACY)

La informiamo che GENERALI ITALIA S.p.A., titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) **connessi alla polizza in convenzione con l'Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT)** richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽²⁾. **In particolare, l'Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT), in qualità di Titolare Autonomo, curerà la raccolta delle adesioni e denunce di sinistri.** Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽³⁾. I Suoi dati non saranno diffusi. Senza i Suoi dati - alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge - non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi. Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi a:

- GENERALI ITALIA S.p.A. - Privacy, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - fax 041.549.2235 privacy.it@generali.com. Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società
- Istituto Nazionale Assistenza Trasporti - INAT, in persona del Presidente pro tempore, presso la sede dell'INAT in Largo Carlo Salinari, 18 - 00142 Roma. Tel. 06.515741 Fax 06.5132653

NOTA BENE: al fine della validità della Polizza è necessario sottoscrivere il consenso alla gestione dei dati sottoposti alla Privacy da parte di tutti gli aderenti alla Polizza (titolare e componenti nucleo familiare se maggiorenne).

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento, Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte di Generali Italia S.p.A. e Istituto Nazionale Assistenza Trasporti (INAT), la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento di questi ultimi a fini assicurativi.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA NOME E COGNOME LEGGIBILE

Acconsento altresì al trattamento dei dati da parte dell'Inat per finalità di promozione nuove polizze e/o per rilevare il grado di soddisfazione del servizio offerto.

_____ FIRMA _____
LUOGO E DATA NOME E COGNOME LEGGIBILE

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattati di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignorari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.



Polizza Convenzione Personale Operativo ENAV

DELEGA

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	SPAZIO RISERVATO ALL'INAT
MATRICOLA - CID	AZIENDA - SEDE DI LAVORO	
Autorizzo il datore di lavoro a trattenere sulle mie retribuzioni mensili, il premio assicurativo il cui importo è qui sotto indicato in base all'opzione da me prescelta e sottoscritta, relativa alla Polizza Convenzione n. IU7/370131733 ed a trasmetterlo all'INAT, Istituto Nazionale Assistenza Trasporti . L'INAT avrà cura di comunicare al datore di lavoro: - il mese a decorrere dal quale dovrà essere effettuata la suddetta trattenuta; - l'eventuale aumento dei premi assicurativi conseguente all'adeguamento dell'indice ISTAT; - la revoca della trattenuta.		

PREMIO MENSILE LIGHT € 8,50 Firma	PREMIO MENSILE MEDIUM € 13,00 Firma	PREMIO MENSILE TOP € 19,50 Firma
--	--	---