



Polizza Convenzione

Personale Operativo ENAV

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA		CODICE FISCALE	
VIA	CITTA'	CAP	PROVINCIA
TELEFONO	E-MAIL		
MATRICOLA - CID	SOCIETA'	LOCALITA'	

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 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 PIU' 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** **Firma**
 LUOGO E DATA DELL'ADERENTE/ASSICURATO DELL'INTERMEDIARIO

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

SPAZIO RISERVATO A INAT

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 "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733 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 essere stato informato mediante comunicazione telematica, trasmessa al mio indirizzo di posta elettronica dell'indirizzo del sito internet www.inat.it e dei rispettivi punti del sito internet in cui ho potuto reperire tutti i documenti costituenti il SET INFORMATIVO ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e le CONDIZIONI GENERALI della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733, avendo acconsentito alla fornitura delle informazioni tramite sito internet ai sensi dell'art. 120 quater del Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS 41/2018 e di averne preso visione prima della sottoscrizione del presente modulo. **Firma**

DICHIARO di aver ricevuto copia cartacea di tutti i documenti costituenti il SET INFORMATIVO ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e delle CONDIZIONI GENERALI della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733 e di averne preso visione prima della sottoscrizione del presente modulo. **Firma**

Preso visione delle Condizioni Generali e del Documento Informativo Precontrattuale - DIP che mi vengono fornite in copia integrale - 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.

Firma

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. 8 Persone non assicurabili | Art. 18 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



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
------------------	----------------

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

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

MATRICOLA - CID	SOCIETÀ	LOCALITÀ
-----------------	---------	----------

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 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** **Firma**

LUOGO E DATA DELL'ADERENTE/ASSICURATO DELL'INTERMEDIARIO

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

SPAZIO RISERVATO A INAT

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 "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733 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 essere stato informato mediante comunicazione telematica, trasmessa al mio indirizzo di posta elettronica dell'indirizzo del sito internet www.inat.it e dei rispettivi punti del sito internet in cui ho potuto reperire tutti i documenti costituenti il SET INFORMATIVO ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e le CONDIZIONI GENERALI della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733, avendo acconsentito alla fornitura delle informazioni tramite sito internet ai sensi dell'art. 120 quater del Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS 41/2018 e di averne preso visione prima della sottoscrizione del presente modulo.

Firma

DICHIARO di aver ricevuto copia cartacea di tutti i documenti costituenti il SET INFORMATIVO ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e delle CONDIZIONI GENERALI della Polizza Convenzione "Inidoneità temporanea o definitiva al servizio per malattia o infortuni" Generali Italia S.p.A. - INAT n. IU7/370131733 e di averne preso visione prima della sottoscrizione del presente modulo.

Firma

Preso visione delle Condizioni Generali e del Documento Informativo Precontrattuale - DIP che mi vengono fornite in copia integrale - 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.

Firma

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. 8 Persone non assicurabili | Art. 18 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**



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
--	--	---