

ATTENZIONE Il presente modulo assume valore di proposta irrevocabile del contratto ex art. 1329 del Codice Civile solo se è compilato in ogni sua parte, debitamente sottoscritto ed **inviato al Broker MAG SPA PREFERIBILMENTE A MEZZO MAIL ALLA CASELLA DI POSTA: adesionisicpre@magitaliagroup.com**.

MODULO DI ADESIONE alla polizza Collettiva N° 2022053014809 – Reale Mutua Assicurazioni
Assicurato

COGNOME / NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	
VIA E N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	CAP
INDIRIZZO EMAIL	TELEFONO	FAX	

INFORTUNI
Somme Assicurate per MORTE ed INVALIDITÀ PERMANENTE
conseguenti ad INFORTUNIO e relativo premio annuo

CODICE	MORTE ED IP	€ 500.000,00	CODICE	MORTE ED IP	€ 1.000.000,00
	Diaria da ricovero	€ 50,00		Diaria da ricovero	€ 100,00
	Diaria da gesso	€ 50,00		Diaria da gesso	€ 100,00
	Estensione ai 3 VIRUS H.I.V. e EPATITE "B" e "C"	€ 50.000,00		Estensione ai 3 VIRUS H.I.V. e EPATITE "B" e "C"	€ 100.000,00
A <input type="checkbox"/>	Premio annuo Finito € 560,00 (RIDOTTO AD € 280,00 PER LE ADESIONI SUCCESSIVE AL 01 APRILE)		B <input type="checkbox"/>	Premio annuo Finito € 1.100,00 (RIDOTTO AD € 550,00 PER LE ADESIONI SUCCESSIVE AL 01 APRILE)	

Avvertenza: Barrare con una X il codice della attività massimale (A oppure B) opzionata.

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il premio dovuto è pari al 100% del premio annuo qualora il Periodo di Assicurazione sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del premio annuo nel caso in cui il Periodo di Assicurazione sia minore a mesi 6 (sei).

La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio dovuto, fermo quanto previsto a tale titolo nella Convenzione, con scadenza al 01 ottobre.

Dichiarazioni dell'Assicurato

Il sottoscritto Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, quanto riportato nel Set Informativo comprensivo di Glossario e delle Condizioni di Assicurazione ed accettare per intero le Norme che regolano l'Assicurazione in Generale e le Condizioni Generali di Assicurazione di cui alla Polizza N° 2022053014809 sottoscritta dalla SICPRE – Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica il cui testo è disponibile presso SICPRE – Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica – Viale Pasteur, 65 00144 ROMA o presso il sito www.scipre.it.

Il sottoscritto Assicurato dichiara inoltre di avere preso visione degli allegati 3, 4 e 4 ter nonché dell'informativa per il trattamento dei dati del Broker MAG SPA.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ____/____/____ L'Assicurato _____

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale: Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art.3 – Durata della polizza, pagamento del premio e decorrenza della garanzia; Art.8 – Disdetta in caso di sinistro riservata alla Società; Art.9 – Oneri fiscali; Art.13 – Persone Assicurate e loro identificazione, pagamento del premio, nonché il seguente articolo delle Condizioni Generali di Assicurazione; Art.24 – Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ____/____/____ L'Assicurato _____

L'assicurato di chiara di nominare come beneficiari in caso di morte:

- eredi legittimi e/o testamentari
- i seguenti soggetti.....

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ____/____/____ L'Assicurato _____

Per poter ultimare e render operativa la tua adesione sarà sufficiente inviare ad adesionisicpre@magitaliagroup.com

- il modulo completo degli allegati**
- un documento di identità**
- la contabile del pagamento del premio opzionato a favore del seguente ccb:**

BENEFICIARIO	MAG SPA
BANCA	BPER
IBAN	IT 55 K 053870161500 0042207685
CAUSALE	ADESIONE CONVENZIONE INFORTUNI SICPRE DOTT. NOME COGNOME

ALLEGATO 1
PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DELL'ADERENTE

Informazioni fornite dall'Aderente per valutare la coerenza del contratto

Sezione A
AVVERTENZE per l'Aderente alla polizza Collettiva N. 2022053014809 della Società REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI Contraente: SICPRE – Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica Infortuni individuale CONVENZIONE SICPRE

Il decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e il Regolamento IVASS n° 40/2018 dispongono che gli intermediari assicurativi siano tenuti a proporre esclusivamente contratti coerenti con le richieste ed esigenze dei clienti. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

Qualora l'Aderente rifiuti di fornire le informazioni richieste l'intermediario non potrà procedere alla valutazione della coerenza del contratto e procedere alla distribuzione dello stesso.

Prima di procedere alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente Questionario, La invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

- 1) Risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;
- 2) Rammenti che le risposte fornite sono necessarie al fine di verificare se la polizza proposta è coerente alle Sue esigenze e la mancanza di tali informazioni comporterà l'impossibilità di distribuire il contratto.

Sezione B – Informazioni riguardanti l'Aderente e suoi obiettivi assicurativi

Nome e Cognome		Codice Fiscale	
Indirizzo – CAP – Località – Provincia			
Quali obiettivi intende perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?			
Tutelare il proprio patrimonio	SI NO	Garantire una somma per sé o ai propri eredi	SI NO
Altro (specificare)			

Sezione C - Informazioni riguardanti il rischio da assicurare

L'Aderente richiede che la copertura operi per le seguenti garanzie e somme assicurative:	
CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE	<input type="checkbox"/> (Opzione A) €. 500.000= <input type="checkbox"/> (Opzione B) €. 1.000.000=
BENEFICIARI	
Caso morte:	Gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversamente indicato
Caso Invalidità Permanente:	L'Aderente

Sezione D – Dichiarazioni dell'Aderente circa le informazioni ricevute

L'Aderente dichiara:			
Che le scelte riportate nel modulo di adesione sono state da lui rese o condivise	SI NO	Che gli sono state illustrate le tariffe e i costi della polizza	SI NO
L'Aderente dichiara che gli sono stati illustrati il contenuto del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare:			
Assicurazione per gli infortuni professionali ed extraprofessionali			SI NO
Franchigie e scoperti	SI NO	Esclusioni, limitazione dell'oggetto della garanzia, rivalse	SI NO
Somme assicurate	SI NO	Sottolimiti	SI NO

L'Aderente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della conclusione del contratto

Il Set Informativo, comprensivo del Glossario, delle Condizioni di Assicurazione, dell'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati.	SI NO	Allegati 3 – 4 – 4 Ter	SI NO
Data	l'Aderente		
	Firma _____		

NOTE IMPORTANTI

Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dall'Aderente, sia per valutare la coerenza del contratto offerto. **In ogni caso Il presente documento NON potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali e l'Aderente è invitato a leggere con attenzione il SET INFORMATIVO fornito dalla Compagnia ai sensi del Regolamento IVASS n. 41/2018.**

**INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE AL CONTRAENTE SUI
CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONCLUSI A DISTANZA**

Informativa resa ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (recante disposizioni in materia di distribuzione assicurativa e riassicurativa).

Prima dell'acquisto della polizza e di essere vincolato all'adesione conclusa a distanza, La informiamo di quanto segue:

- a) ha diritto di scegliere se ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo in alternativa al supporto durevole (documento .pdf) **che Lei potrà visualizzare, scaricare e stampare sul sito www.sicpre.it**

Prima dell'adesione al contratto, avrà infatti la possibilità di visualizzare, scaricare, salvare e stampare sul Suo pc l'integrale documentazione pre-contrattuale e contrattuale della polizza (Allegato 3 – Allegato 4 – Allegato 4 TER di MAG SPA e Set Informativo della Compagnia).

La documentazione relativa alla Sua adesione (certificato di assicurazione) Le verrà poi inviata (via posta elettronica, e-mail o via posta cartacea, posta ordinaria) sulla base della scelta da Lei effettuata come indicato in precedenza.

Qualora scelga di riceverla su supporto cartaceo La preghiamo di inoltrarci la relativa richiesta al ns. indirizzo di posta elettronica adesionisicpre@magitaliagroup.com.

- b) ha diritto di richiedere in ogni momento e senza oneri la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza.

Potrà esercitare tale diritto contattando il Servizio Clienti all'indirizzo di posta elettronica: adesionisicpre@magitaliagroup.com.

- c) la Compagnia assicurativa potrà richiedere la sottoscrizione e ritrasmissione del contratto (**modulo di adesione**).
Riceverà successivamente il documento di assicurazione della Compagnia.

DIRITTO DI RECESSO DALLA DATA DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto (adesione alla polizza), l'Assicurato aderente può recedere dallo stesso inviando una raccomandata A/R a:

MAG SPA – Via F. Crispi, 74 – 80121 NAPOLI

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata A/R.

Alla ricezione dei documenti MAG SPA rimborserà la parte di premio pagato al netto delle imposte riferito al periodo di rischio non corso, **fermo restando il diritto di MAG SPA di trattenere il rateo di premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

CONSENSO RESO DALL'ADERENTE

Preso atto dell'informativa di cui sopra

PRESTO IL CONSENSO

AFFINCHÉ TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE IN CORSO DI RAPPORTO SIA DA ME ACQUISITA NEI TERMINI SUINDICATI IN FORMATO ELETTRONICO.

MI IMPEGNO PERTANTO A COMUNICARE AL BROKER MAG SPA (adesionisicpre@magitaliagroup.com) EVENTUALI VARIAZIONI DELL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA DA ME COMUNICATO ALL'ATTO DELL'ADESIONE.

RESTA COMUNQUE FACOLTÀ DELLO/A SCRIVENTE POTER REVOCARE IN OGNI MOMENTO TALE CONSENSO.

TALE CONSENSO NON COSTITUISCE CONSENSO ALL'INVIO DI MATERIALE PUBBLICITARIO, PROMOZIONALE O DI ALTRE COMUNICAZIONI COMMERCIALI.

Data	L'Aderente
.....	Firma.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, presa visione dell'informativa al trattamento dei dati – ed in particolare dei diritti a me riconosciuti dal Regolamento UE n. 2016/679 – esprimo il mio consenso al trattamento e comunicazione dei miei dati personali, ad opera del titolare e/o del responsabile del trattamento stesso, limitatamente alle finalità indicate all'art. 1. secondo quanto di seguito indicato:

- a. Esprimo il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare dati particolari per le finalità connesse all'esecuzione del contratto/incarico.

(In mancanza di questo consenso non potrà essere data esecuzione al contratto e sarà impossibile trattare i dati per la liquidazione di eventuali sinistri/rimborsi)

Acconsento**NON acconsento**

- b. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati da parte di MAG SPA o di Società del Gruppo (anche per il tramite di società terze) per le finalità di marketing indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

Acconsento**NON acconsento**

- c. Esprimo il consenso al trattamento automatizzato dei miei dati personali da parte di MAG SPA o di Società del Gruppo (anche per il tramite di società terze), ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi (...) al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate.

Acconsento**NON acconsento**

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ , / / _____

Nome e Cognome leggibile

Firma