

## PIANI SANITARI CIPAG

# ADESIONE ISCRITTI E PENSIONATI ATTIVI SENZA ISCRIZIONE ALLA MUTUA FASCO SMS

Adesione e pagamento direttamente a UniSalute

Inviare compilato e firmato unitamente a copia del bonifico bancario entro e non oltre il 15/06/2017, via mail a [adesionicassageometri@unisalute.it](mailto:adesionicassageometri@unisalute.it), via fax ai numeri 051-7096906 o 051-6386298, oppure via posta a UniSalute SpA, Via Larga 8 - 40138 Bologna.

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo - anch'essi assicurati UniSalute - a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome dell'iscritto/pensionato
	Codice fiscale
	Firma dell'interessato
Nome e cognome del coniuge/convivente	Nome e cognome del 1° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato
Nome e cognome del 2° figlio	Nome e cognome del 3° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato
Nome e cognome del 4° figlio	Nome e cognome del 5° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato

\* Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

### DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO O DEL PENSIONATO ATTIVO

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Matricola CIPAG n° \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 N° cell./tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI FAMILIARI (è necessario inserire tutti i familiari previsti nel suo nucleo familiare)

Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela
1)			Coniuge / Convivente
2)			Figlio/a*
3)			Figlio/a*
4)			Figlio/a*
5)			Figlio/a*
6)			Figlio/a*

\* figli fino a 35 anni: l'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 35° anno di età e terminando alla prima scadenza annuale del Piano sanitario dopo il compimento del 36° anno. Il limite di 35 anni di età non ha validità per i figli conviventi inabili a lavoro proficuo.

Per le persone indicate, la copertura decorre in forma rimborsuale dalle ore 24 del 15/04/2017, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso dell'importo da parte di UniSalute.

Compili le sezioni relative alle adesioni per il Piano Base e per il Piano Integrativo sul retro di questa pagina.

Dichiaro di aver preso visione delle condizioni generali di copertura e dei termini di aspettativa (Sezione Garanzie "B" - Art.2) indicati nel Capitolato di gara consultabile e scaricabile sul sito [cipag.it](http://cipag.it). Il testo integrale del Piano sanitario è disponibile su [cipag.it](http://cipag.it).

## ADESIONI AL PIANO BASE

In qualità di iscritto/pensionato attivo CIPAG, comunico di voler estendere il Piano sanitario Base ai miei familiari:

- ad un solo familiare, pagando € 39,00
- a 2 o più familiari, pagando complessivamente € 40,00

Totale importo per il Piano BASE € \_\_\_\_\_ ,00

## ADESIONI AL PIANO INTEGRATIVO

Richiedo l'adesione al Piano Integrativo CIPAG:

- per me
- per me e i miei familiari come indicati nella pagina precedente (per aderire al Piano Integrativo, i familiari devono obbligatoriamente aderire anche al Piano Base)

pagando il seguente importo:

- solo iscritto/pensionato attivo € 620,00
- iscritto/pensionato attivo + 1 familiare € 950,00
- iscritto/pensionato attivo + 2 familiari € 1.050,00
- iscritto/pensionato attivo + 3 familiari o più € 1.100,00

Totale importo per il Piano INTEGRATIVO € \_\_\_\_\_ ,00

Totale importo (Piano Base + Piano Integrativo) € \_\_\_\_\_ ,00

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA PIANI SANITARI CIPAG 2017

(Art. 52 - Regolamento ISVAP n. 5/2006 e Art. 9 - Regolamento ISVAP n. 34/2010)

Gentile Cliente,

la normativa in vigore prevede l'obbligo di offrire contratti adeguati alle esigenze assicurative del contraente: l'art. 9 del regolamento ISVAP 34/2009 impone che, prima che il contraente sia vincolato da un contratto di assicurazione a distanza, le imprese acquisiscano dal contraente ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto offerto in relazione alle esigenze assicurative di quest'ultimo.

Pertanto, **il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle sue esigenze.** Qualora lei intenda rispondere alle seguenti domande, le ricordiamo che i suoi dati personali sono trattati con le modalità indicate nell'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", presente sul sito [cipag.it](http://cipag.it) nella sezione polizza sanitaria.

**La informiamo inoltre che ha la facoltà di rifiutarsi di fornire le informazioni** a ciò finalizzate, con conseguente impossibilità di procedere alla predetta valutazione. L'eventuale rifiuto deve risultare da una sua specifica dichiarazione, senza la quale non le sarà possibile acquistare alcuna copertura assicurativa. Qualora lei non intenda fornire tali informazioni e voglia comunque acquistare la copertura assicurativa, **sottoscriva la dichiarazione al punto B presente nella pagina seguente.**

**PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO, PRENDA VISIONE DELLE CONDIZIONI DELLA POLIZZA INTEGRATIVA PRESENTI SUL SITO CIPAG.IT NELLA SEZIONE POLIZZA SANITARIA.**

**PER ULTERIORI INFORMAZIONI, PUO' ANCHE CONSULTARE IL DOCUMENTO "DOMANDE FREQUENTI".**

### QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA

1) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo CIPAG? SI  NO

2) Nel caso in cui le abbia già altre coperture per rimborso spese mediche, è interessato ad ampliare le garanzie e i massimali assicurati? SI, sono interessato/  
Non ho altre coperture ad eccezione del Piano Base CIPAG  NO, non sono interessato

**Se ha richiesto l'inserimento in copertura dei suoi familiari, risponda anche alle seguenti domande:**

3) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Base ed eventualmente dal Piano Integrativo per i suoi familiari? SI  NO

4) Nel caso in cui i suoi familiari abbiano già altre coperture per rimborso spese mediche, è interessato ad ampliare per loro le garanzie e i massimali assicurati? SI, sono interessato/  
Non hanno altre coperture  NO, non sono interessato

5) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze e esclusioni? SI  NO

6) Ha preso visione delle modalità di attivazione delle garanzie e liquidazione dei sinistri? SI  NO

7) L'importo da versare è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI  NO

8) E' consapevole che sono previsti limiti di età per i figli per l'adesione ai Piani? SI  NO

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma dell'iscritto (leggibile)** \_\_\_\_\_

## PIANI SANITARI CIPAG

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

**A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI - SI SONO INTERESSATO - NON HO/NON HANNO ALTRE COPERTURE e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:**

Gentile iscritto CIPAG,  
avendo lei risposto SI – SI, SONO INTERESSATO – NON HO/NON HANNO ALTRE COPERTURE a tutte le domande del questionario, i Piani sanitari CIPAG risultano adeguati.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito [cipag.it](http://cipag.it) nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [adesionicassageometri@unisalute.it](mailto:adesionicassageometri@unisalute.it).

Confermo di voler procedere      SI

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia nello spazio sottostante:**

Gentile iscritto CIPAG,  
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare l'adeguatezza della proposta assicurativa.

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 [cipag.it](http://cipag.it) nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [adesionicassageometri@unisalute.it](mailto:adesionicassageometri@unisalute.it).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta, ha risposto a tutte le domande e desidera procedere, scriva una mail a [adesionicassageometri@unisalute.it](mailto:adesionicassageometri@unisalute.it) per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.**

**Un consulente la aiuterà nella compilazione della presente sezione in modo da permetterle di procedere.**

Gentile iscritto CIPAG,  
in relazione alle risposte fornite, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative. In particolare il prodotto potrebbe essere potenzialmente inadeguato per

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di essere consapevole che le coperture non risultano o potrebbero non risultare adeguate alle sue esigenze assicurative e di voler comunque stipulare il contratto.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito [cipag.it](http://cipag.it) nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [adesionicassageometri@unisalute.it](mailto:adesionicassageometri@unisalute.it).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

## Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d. lgs. 209/2005 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati<sup>1</sup>.

### QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornite; nonché di dati di natura sensibile<sup>(2)</sup>, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>(3)</sup> e, in alcuni casi, obbligatorio per legge<sup>(4)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio **facoltativo** di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>(5)</sup>.

### TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite); ove necessari o per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>(6)</sup> e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano<sup>(7)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(4)</sup>.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare", ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

### TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI ED ALTRE FINALITÀ DI MARKETING

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati comuni (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica); il Suo consenso permetterà esclusivamente alla nostra Società di utilizzare i Suoi dati per finalità di invio di comunicazioni commerciali a distanza relative a contratti assicurativi nostri e di altre compagnie del Gruppo Unipol, nonché ad offerte di prodotti e servizi di altre società del Gruppo<sup>(6)</sup> ed anche di società terze, nostri *partners* commerciali. In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta cartacea, telefono fisso e mobile, sistemi anche automatizzati di chiamata, e-mail, fax e SMS o MMS.

**Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.**

### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it).

### **Note**

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 5) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate.

<sup>1</sup> In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi