

PIANO INTEGRATIVO SENZA MUTUA - ADESIONE PENSIONATI CANCELLATI, SUPERSTITI E DIPENDENTI

COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

inviare compilato e firmato unitamente a copia del bonifico bancario entro e non oltre il 16/06/2015, via mail a 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 del pensionato/superstite/dipendente e C.F. Firma dell'interessato
Nome e cognome del coniuge/convivente Firma dell'interessato	Nome e cognome del 1° figlio Firma dell'interessato
Nome e cognome del 2° figlio Firma dell'interessato	Nome e cognome del 3° figlio Firma dell'interessato

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

DATI ANAGRAFICI

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

Richiedo l'adesione al Piano Integrativo CIPAG (il testo integrale del Piano sanitario è disponibile su unisalute.it oppure su cipag.it):

per me per me e i miei familiari come indicati nel modulo A - Piano Base (ADESIONE OBBLIGATORIA)

pagando il seguente importo:

Selezionare l'opzione di interesse:	solo pensionato canc./superstite/dipendente	€ 620,00
	pensionato canc./superstite + 1 familiare	€ 950,00
	pensionato canc./superstite + 2 familiari	€ 1.050,00
	pensionato canc./superstite + 3 familiari o più	€ 1.100,00

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela
1)			Pensionato cancellato/ superstite/dipendente
2)			Coniuge / Convivente
3)			Figlio/a*
4)			Figlio/a*
5)			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 15/04/2015, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso del contributo da parte di UniSalute.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA PIANI SANITARI CIPAG 2015

Gentile Cliente,

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 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) Ha già altre coperture per rimborso spese mediche ed 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 Integrativo CIPAG anche per i suoi familiari?	SI	NO
--	----	----

4) I suoi familiari hanno già altre coperture per rimborso spese mediche ed è interessato ad ampliare per loro le garanzie e i massimali assicurati?	SI, sono interessato/ Non hanno altre coperture ad eccezione del Piano Base CIPAG	NO, non sono interessato
--	---	-----------------------------

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

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

7) Il premio del Piano Integrativo 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 al Piano Integrativo?	SI	NO
--	----	----

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 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 Pensionato/Superstite/Dipendente CIPAG,
avendo lei risposto SI – SI, SONO INTERESSATO – NON HO/NON HANNO ALTRE COPERTURE a tutte le domande del questionario, il Piano sanitario Integrativo CIPAG risulta adeguato.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito cipag.it nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a 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 in questo spazio:

Gentile Pensionato/Superstite/Dipendente 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 nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a 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 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 Pensionato/Superstite/Dipendente 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 la copertura relativa al Piano Integrativo non risulta o potrebbe non risultare adeguata 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 nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a adesionicassageometri@unisalute.it.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____