**POLIZZE NUMERO**

**INFORTUNI 187 – 25 – 900069**

**MALATTIA 187 – 27 – 900071**

**MALATTIA 187 – 27 – 900072**

|  |
| --- |
| **SOCIETÀ** |
| Ragione sociale | Ascom Servizi – P. IVA 01894610409 |
| Indirizzo | Via Giordano Bruno, 118 – 47521 Cesena FC  |
| **DATI DELL’ASSICURATO / ADERENTE** |
| Cognome e Nome | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Codice fiscale | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Indirizzo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N. Civico | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Comune | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Provincia | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cap | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **RISCHIO ASSICURATO: GARANZIE PRESCELTE – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE –** **RISARCIMENTI – PREMI LORDI ANNUI PER ADERENTE**  |

 Si informa che il Contraente Confcommercio Cesena ha stipulato con Vittoria Assicurazioni SpA – Agenzia di

 Cesena codice 187 – una polizza Collettiva che prevede le seguenti garanzie:

|  |
| --- |
| **INFORTUNI E MALATTIA**  |
| **GARANZIE** | **PROGRAMMA A** | **PROGRAMMA B** | **PROGRAMMA C** |
| **Morte da infortunio** | **€ 30.000** | **€ 60.000** | **€ 90.000** |
| **Invalidità Permanente da infortunio** | **€ 30.000** | **€ 60.000** | **€ 90.000** |
| **Rimborso Spese Sanitarie da infortunio** | **€ 2.000** | **€ 2.500** | **€ 3.000** |
| **Frattura ossea da infortunio (alternativa alla Diaria da Convalescenza)** | **€ 30** | **€ 30** | **€ 30** |
| **Diaria da Ricovero da infortunio e malattia con Intervento Chirurgico**  | **€ 50** | **€ 50** | **€ 50** |
| **Diaria da Ricovero da infortunio e malattia senza Intervento Chirurgico**  | **€ 30** | **€ 30** | **€ 30** |
| **Diaria da Convalescenza da infortunio e malattia con o senza Intervento Chirurgico** | **€ 30** | **€ 30** | **€ 30** |
| **Premio lordo annuo per Associato**  | **€ 130** | **€ 170** | **€ 220** |
| **Apporre una crocetta nell’apposito spazio adiacente per selezionare il Programma scelto (A – B – C)** |  |  |  |

**In deroga a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, si precisa che per le suddette garanzie vale quanto di seguito precisato:**

* In caso di **Invalidità Permanente superiore al 3%** vi è il raddoppio del massimale di Rimborso Spese Sanitarie per le cure fisioterapiche;
* In caso di **infortunio a seguito di rapina** il grado di invalidità accertato viene maggiorato del 50%;
* In caso di **Rimborso Spese Sanitarie conseguenti a infortunio** la garanzia è prestata **con franchigia fissa di € 50** per accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche e onorari medici. I trattamenti fisioterapici e rieducativi e le spese farmaceutiche fino ad un **massimo di € 600 per sinistro e anno assicurativo;**
* In caso di ricovero dell’Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da infortunio o malattia, verrà corrisposta un’indennità giornaliera pattuita a decorrere dal giorno del ricovero fino a quello dell’avvenuta dimissione, per un periodo massimo di 30 giorni;
* In caso di convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, l’indennità giornaliera verrà corrisposta per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo, con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero;
* In caso di frattura ossea, l’indennità giornaliera viene corrisposta per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo.
* In caso di **ricovero superiore a 20 gg e/o ricovero in terapia intensiva** le diarie indicate nella precedente tabella vengono raddoppiate;
* La garanzia convalescenza per portatore di gessatura, con o senza ricovero, non è operante e viene integralmente sostituita dalla seguente garanzia FRATTURA OSSEA:

“In caso di **frattura ossea**, ovvero di interruzione della continuità di un osso, parziale o totale, strumentalmente accertata e conseguente ad infortunio (sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee e gli stacchi cartilaginei)”. In alternativa alla diaria da convalescenza, l’Assicurato riceverà l’importo previsto dal Modulo Adesione per ciascun giorno di prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso, dalla cartella clinica o da equivalente certificazione medica specialistica. Qualora, al termine dei giorni di prognosi iniziale, sia necessario un ulteriore periodo di tempo affinché la frattura sia consolidata (circostanza che deve essere strumentalmente accertata, nonché attestata da certificazione medica specialistica), l’Impresa corrisponde, per ciascun giorno, la metà dell’indennità assicurata fino ad un limite 30 giorni per sinistro ed anno assicurativo.

La diaria per FRATTURA OSSEA è cumulabile con l’indennità assicurata per le garanzie RICOVERO, DAY HOSPITAL“ (qualora prestata per l’Assicurato), fino alla concorrenza complessiva di Euro 30 giornaliere.

* La polizza non è operante per le conseguenze di malattia o infortuni, nonché di stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza. Non si rende, pertanto, obbligatoria la compilazione del questionario sanitario.

*Con* ***Sanit Ascom*** *è possibile beneficiare anche di una copertura* ***Indennità forfettaria per Interventi chirurgici*** *in grado di contenere le preoccupazioni economiche grazie ad un indennizzo predeterminato e commisurato alla complessità dell’intervento, il cui premio è in funzione all’età dell’Assicurato come riportato in tabella.*

|  |
| --- |
| **INFORTUNI E MALATTIA (indennità forfettaria per Interventi Chirurgici)**  |
| **CLASSI DI INTERVENTO**  | **INDENNIZZO** |
| **IV CLASSE**  | **€ 5.000** |
| **V CLASSE**  | **€ 10.000** |
| **VI CLASSE**  | **€ 30.000** |
| **VII CLASSE**  | **€ 55.000** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETA’** | **PREMIO LORDO ANNUO**  | **Apporre una crocetta nell’apposito spazio per selezionare il premio in base all’età anagrafica**  |
| **DA 18 A 54 ANNI**  | **€ 245** |  |
| **DA 55 A 65 ANNI**  | **€ 315** |  |
| **DA 66 A 74 ANNI**  | **€ 385** |  |

**In deroga a quanto previsto dalle condizioni di Assicurazione, si precisa che:**

* La tabella indennizzi indicata nell’articolo 3.2 delle condizioni di Assicurazione viene integralmente sostituita dalla tabella indennizzi indicata sul presente modulo di adesione;
* La tabella indennizzi “privilegiata” di cui all’articolo 4.1 non è operante;
* La polizza non è operante per le conseguenze di malattia o infortuni, nonché di stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza. Non si rende, pertanto, obbligatoria la compilazione del questionario sanitario.

|  |
| --- |
| **DECORRENZA E SCADENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE**  |
| Data decorrenza ore 24:00 del 31-12-2020 |   |
| Data scadenza ore 24:00 del 31-12-2021 |   |
| **PREMIO ANNUALE**  |
| Imponibile = € \_\_\_\_\_,\_\_\_ |   |
| Imposte = € \_\_\_\_\_,\_\_\_ |   |
| Totale importo da pagare = € \_\_\_\_\_,\_\_\_ |   |
|  |  |

Il SET INFORMATIVO relativo alla copertura assicurativa offerta è disponibile sul sito www.ascom-cesena.it

L’Assicurando dichiara di aver ricevuto il SET INFORMATIVO contenente il DIP, il DIP AGGIUNTIVO e le Condizioni di Assicurazione relative alla Convenzione tra il Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A.

Dichiara altresì di essere stato reso edotto che per questa tipologia di rischio l’Impresa non attiverà l’Area Riservata.

 Firma dell’Aderente/assicurato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell’informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE n. 2016/679 nonché di acconsentire al trattamento dei miei dati personali, con particolare riferimento a quelli di categorie particolari relativi allo stato di salute, svolto da Vittoria Assicurazioni S.p.A. per le finalità assicurative, con le modalità e nei termini di cui alla predetta informativa, ivi comprese le comunicazioni effettuate nei confronti dei soggetti facenti parte della “catena assicurativa” e i trattamenti dagli stessi effettuati, in qualità di titolari o responsabili, per adempiere alle menzionate finalità.

 Firma dell’Aderente/assicurato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avvertenza** (ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento IVASS n. 41/2018)

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

**Nota** (ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento IVASS n. 41/2018)

Il presente contratto prevede il pagamento del premio con la periodicità indicata nel presente modulo di adesione; inoltre, si precisa che i mezzi di pagamento consentiti per il perfezionamento del presente contratto sono i seguenti: assegno bancario o circolare non trasferibile intestati all'Impresa o all' intermediario SUB AGENZIA CONFCOMMERCIO – VIA GIORDANO BRUNO 118 – CESENA (FC); bonifico bancario al CONTO CORRENTE INTESTATO A: GASPERONI LUCA IBAN IT69S0885223901009010277820 AG. VITTORIA ASSICURAZIONI SPA; moneta elettronica; pagamento a mezzo contanti nei limiti previsti dalla normativa.

 Firma dell’Aderente/assicurato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da allegare al Modulo di Adesione

|  |
| --- |
| **QUESTIONARIO per la VALUTAZIONE dell’ADEGUATEZZA** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |

GENTILE CLIENTE, IL PRESENTE QUESTIONARIO HA LO SCOPO DI ACQUISIRE, NEL SUO INTERESSE, INFORMAZIONI NECESSARIE A VALUTARE L’ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO COLLETTIVO CUI INTENDE ADERIRE NEL RISPETTO DELLE SUE ESIGENZE, TENENDO PRESENTE CHE LA MANCANZA DI TALI INFORMAZIONI OSTACOLA LA VALUTAZIONE DELLA CONGRUITA’ DELLA POLIZZA.

QUALORA LEI NON INTENDA FORNIRE TALI INFORMAZIONI, LE CHIEDIAMO GENTILMENTE DI SOTTOSCRIVERE LA “DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE” SOTTO RIPORTATA.

* Ha bisogno di acquistare coperture assicurative a tutela della propria persona?

 □ si            □ no

* La polizza stipulata da Confcommercio Cesena prevede delle coperture corrispondenti alle esigenze assicurative sopra richiamate?

 □ si              □ no

* Conferma di non possedere altri contratti assicurativi a copertura dei medesimi rischi?

 □ si            □ no

* Ritiene che il premio per l’adesione alla copertura assicurativa sia in linea con le sue

 disponibilità di spesa?

 □ si                      □ no

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO** |

 SULLA BASE DELLE RISPOSTE TUTTE POSITIVE DA ME FORNITE, LA PROPOSTA ASSICURATIVA RISULTA ADEGUATA ALLE MIE ESIGENZE ASSICURATIVE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA ASSICURATO

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI** |

DICHIARO DI NON VOLER RISPONDERE ALLE DOMANDE RIPORTATE NEL “QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL’ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO”, NELLA CONSAPEVOLEZZA CHE CIO’ OSTACOLA LA VALUTAZIONE DELL’ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO ALLE MIE ESIGENZE ASSICURATIVE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA ASSICURATO

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI VOLONTA’ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**  |

MOTIVO DELL’INADEGUATEZZA DELL’OFFERTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI MOTIVI PER I QUALI, SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI DISPONIBILI, LA PROPOSTA ASSICURATIVA NON RISULTA, O POTREBBE NON RISULTARE, ADEGUATA ALLE MIE ESIGENZE ASSICURATIVE. DICHIARO ALTRESI’ DI VOLER COMUNQUE SOTTOSCRIVERE IL RELATIVO CONTRATTO

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA ASSICURATO FIRMA DELL’INTERMEDIARIO