

Richiesta assicurazione

AFFINCHE' REALE MUTUA ASSICURAZIONI E BLUE ASSISTANCE POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, E' NECESSARIO PRESTARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPIORTATO DI SEGUITO

Consenso necessario al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa allegata, in materia di trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n.2016/679, ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO al trattamento dei miei/nostri dati personali, incluse categorie particolari di dati che mi/ci riguardano, per le finalità, secondo le modalità e i soggetti indicati nella predetta informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Acconsento

Non
acconsento

IL SOTTOSCRITTO

NOTAIO IN ATTIVITA'

PENSIONATO O TITOLARE DI
PENSIONE NOTARILE

Cognome richiedente*

Nome richiedente*

Codice fiscale*

Sesso*

Seleziona... ▼

Data nascita*

Indirizzo*

Numero civico*

CAP*

Comune*

Provincia*

Nazione*

Email (NO PEC)*

Telefono fisso

Telefono mobile*

* campi obbligatori

DICHIARA

di voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo di durata triennale, versando a Cassa Prevint il relativo contributo annuo pari a (BARRARE LA CASELLA DI PROPRIO INTERESSE)

€ 1290.41 per l'Aderente che scelga di assicurare solo se stesso - "Opzione Single"

€ 2218.55 per l'Aderente che scelga di assicurare se stesso unitamente al nucleo familiare * - "Opzione Family"

Elenco familiari

Cognome*

Nome*

Codice fiscale*

Grado parentela*

Seleziona... ▼

Sesso*

Seleziona... ▼

Data nascita*

Indirizzo*

Numero civico*

CAP*

Comune*

Provincia*

Nazione*

Convivente*

Fiscalmente a carico (**)*

[Clicca qui](#)

Conferma

Seleziona... ▼

Seleziona... ▼

Visualizza elementi

Cognome	Nome	Codice fiscale	Data nascita	Grado parentela	Elimina
---------	------	----------------	--------------	-----------------	---------

Nessun dato presente nella tabella

Vista da 0 a 0 di 0 elementi

[Precedente](#) [Successivo](#)

* campi obbligatori

* Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio, tale indipendente dal genere, e dai figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purchè studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

** N.B. I figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni che risultino conviventi, non sono ricompresi nel nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alla copertura sanitaria nella formula unica 'base + integrativa single' previo versamento di € 1020,21, ossia il 50% del contributo complessivo previsto.

SI IMPEGNA A VERSARE ANNUALMENTE CON LE MODALITA' DI SEGUITO INDICATE:

a. Per la prima annualità 01/11/2022 - 31/10/2023 l'importo di:

1. € 1.290,41

b. Il contributo annuo relativo alla seconda annualità 01/11/2023 - 31/10/2024

c. Il contributo annuo relativo alla terza annualità 01/11/2024 - 31/10/2025

A MEZZO



S.D.D. RATA UNICA



DI:

S.D.D. FRAZIONAMENTO IN 4 RATE TRIMESTRALI



dente

Cognome debitore*

Indirizzo debitore*

CAP*

Provincia*

Codice fiscale*

Banca

Nome debitore*

Numero*

Città*

Nazione*

IBAN*

Codice Swift

* campi obbligatori

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

Prima di iniziare la compilazione del seguente questionario raccomandiamo di leggere attentamente le condizioni di assicurazione con specifico riguardo alle franchigie/scoperti e limitazioni/esclusioni.

Questionario di valutazione delle richieste ed esigenze del contraente

1) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato?

Si No

1) Non ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali?

Si No

2) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato per i Suoi familiari?

Si No

- 3) E' interessato ad ampliare per i suoi familiari le garanzie sanitarie? Si No
- 4) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Integrativo ? Si No
- 5) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? Si No
- 6) Il costo per l'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa? Si No
- 6) Il costo per l'estensione del Piano Integrativo anche ai suoi familiari è in linea con la sua disponibilità di spesa? Si No

DICHIARA

- di impegnarsi a versare i contributi di cui ai precedenti punti a), b) e c), per la copertura sanitaria triennale da me scelta e garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarsi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa Prevint e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei miei dati anagrafici e del Nucleo Familiare iscritto se presente.

Reale Mutua Assicurazioni si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Prevint per l'intera durata triennale delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato. Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2022 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2025 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31/01/2023.

Salva Richiesta

Cancella