

Mandato di Adesione

Assicurazione Monoannuale di Gruppo in Caso di Morte per malattia - Tariffa 190M

ANAGRAFICA

Cognome..... Nome..... Sesso M F
 nato a: Prov. il:
 residente in: Indirizzo.....Cod. Fiscale:.....
 Azienda:..... E-mail:.....

Al presente modulo è necessario allegare copia fronte-retro della Carta d'identità e Codice Fiscale del richiedente

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DELL'ASSICURATO

Gentile cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere nel rispetto delle sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione della congruità della polizza. La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione della coerenza del prodotto e, di conseguenza, non le permette di procedere con la sottoscrizione del contratto assicurativo.

a. Obiettivi assicurativi-previdenziali che intende perseguire con il contratto: intendo		
<input type="checkbox"/>	INVESTIMENTO	PERSEGUIRE RENDIMENTI FINANZIARI INTERESSANTI ASSUMENDO UN CERTO GRADO DI RISCHIO FINANZIARIO TALE PER CUI IL RISULTATO FINALE POTREBBE RISULTARE INFERIORE ALLE ATTESE, AL LIMITE ANCHE ALLA SOMMA INIZIALMENTE INVESTITA.
<input type="checkbox"/>	PREVIDENZA	COSTITUIRE UNA PENSIONE INTEGRATIVA DA PERCEPIRE ALLA MATURAZIONE DEI DIRITTI PENSIONISTICI DI BASE. INTENDO ASSICURARMI LA CONTINUITÀ DI REDDITO MEDIANTE UNA RENDITA VITALIZIA DA PERCEPIRE IMMEDIATAMENTE IMPIEGANDO UN CAPITALE GIÀ DISPONIBILE.
<input type="checkbox"/>	RISPARMIO	PERSEGUIRE RENDIMENTI FINANZIARI CARATTERIZZATI DA UNA CERTA STABILITÀ NEL TEMPO CON LA GARANZIA DI UN RENDIMENTO MINIMO.
<input type="checkbox"/>	PROTEZIONE	ATTIVARE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE SULLA MIA PERSONA CONTRO EVENTI INATTESI A TUTELA DEI MIEI FAMILIARI E/O DELLE NECESSITÀ CHE POSSONO EMERGERE IN ETÀ AVANZATA.
b. Altri soggetti da tutelare		
<input type="checkbox"/>	SI	HO DELLE PERSONE A CARICO (NON NECESSARIAMENTE E NON SOLO FISCALMENTE) QUALI CONIUGE, FIGLI O ALTRE
		<input type="checkbox"/> NO
c. Disponibilità di spesa dell'Assicurato: desidero spendere (eventualmente limitando il valore della rendita)		
Fino a 250€ <input type="checkbox"/> Fino a 500€ <input type="checkbox"/> Oltre 500€ <input type="checkbox"/>		
d. Eventuali coperture assicurative già in essere: ho sottoscritto altri contratti con le medesime coperture presso altre Compagnie		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
e. Durata e proroga: desidero sottoscrivere un contratto di durata		
ANNUALE <input type="checkbox"/> POLIENNALE <input type="checkbox"/>		

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI

a) 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;



- b) **prima della sottoscrizione delle Dichiarazioni, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rilasciate;**
- c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurando.**

L'Assicurando dichiara:

- che le informazioni fornite sono assolutamente conformi al vero e ne assume la responsabilità anche se scritte da altri;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tanto i medici che possono averlo visitato e curato quanto tutte le altre persone o enti ai quali la Società dovesse rivolgersi in qualsiasi epoca per ottenere informazioni;
- di dare l'assenso all'assicurazione sulla vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile.

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato:

EREDI LEGITTIMI CONIUGE FIGLI

L'Assicurando dichiara di avere ricevuto dalla Contraente il Set informativo relativo alla copertura scelta, in ottemperanza alle attuali disposizioni IVASS.

Assicurando.....

L'Assicurando dichiara 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 propri dati personali, con particolare riferimento a quelli di categorie particolari relativi allo stato di salute, all'appartenenza ad associazioni anche a carattere sindacale, all'origine etnica e razziale, biometrici e giudiziari, 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 degli stessi effettuati, in qualità di titolari o responsabili, per adempiere alle menzionate finalità.

Luogo e data

Assicurando.....

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIPENDENTE/ASSICURANDO

il Dipendente/Assicurando _____, dichiara che **non si è assentato** dal lavoro per malattia per un periodo temporale complessivo superiore a **15 giorni** nell'anno 2023 e allega documentazione che certifica le assenze per malattia del 2023.

Luogo e Data _____

Dipendente/Assicurando



