

**MODULO DI ADESIONE**  
**Polizza collettiva adesione individuale**

Il sottoscritto, avendo preso visione dell’informativa precontrattuale, informativa privacy, dei set informativi ed avendo aderito all’associazione Previsalute Fondo Sanitario, ai sensi dall’articolo 20 Direttiva U.E. 97/2016 – IDD e art. 58 Reg. IVASS 40/2018, comunica la propria volontà di adesione al pacchetto di seguito indicato ritenuto coerente con le proprie esigenze.

Piano Sanitario	Importo	Rateizzazione
	Euro	Mensile <input type="checkbox"/>
		Annuale <input type="checkbox"/>

<b>Consulente</b>	
-------------------	--

Indicare di seguito il piano scelto e la modalità di pagamento, se annuale o mensile.

Nome / Cognome o Den. sociale			
Codice fiscale			
Indirizzo	Citta / Prov:		
Telefono	Email		
Cellulare			
IBAN			
Obiettivi assicurativi	Tutelare il proprio patrimonio	Tutelarsi in caso di sinistri salute	Vincolare la polizza ad un istituto di Credito
	Garantire una somma assicurata ai propri eredi	Altro (specificare)	
Sono in corso altre polizze sul medesimo rischio da assicurare? In caso affermativo precisare Compagnia e scadenza polizza	SI	NO	
Negli ultimi tre anni sono state disdettate polizze sul medesimo rischio da assicurare? In caso affermativo fornire dettagli	SI	NO	
Hai appreso il meccanismo di funzionamento dei Piani Sanitari ON Salute per la gestione delle pregresse?	SI	NO	

### DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Con la sottoscrizione del presente modulo di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:

- Documentazione informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni ed in particolar modo la documentazione di seguito:
  - Allegato 3 – Informativa sul distributore
  - Allegato 4 – Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP
  - Allegato 4 ter – Elenco delle regole di comportamento del distributore
- Informativa privacy ai sensi del GDPR;
- Caratteristiche del piano sottoscritto, quali tariffe, costi, franchigie e scoperti, massimali e somme assicurate, esclusioni, limitazioni, rivalse, periodi massimi di erogazione delle prestazioni e sotto limiti;
- Documentazione contrattuale della polizza/appendice e relativo Set Informativo composto da Nota informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione;

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni e le indicazioni che precedono ai fini della coerenza della proposta assicurativa formulatagli.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

(ART. 7 REGOLAMENTO UE 2016/679)

- Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'informativa privacy (mod. PR01 rev 4.0) e di averne preso visione e:

Acconsente al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari, per finalità connesse all'attività di consulenza e distribuzione assicurativa e di altre attività accessorie.	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Acconsente alla conservazione dei contratti di assicurazione consegnati per la valutazione delle esigenze assicurative. <i>(Finalità b) dell'informativa)</i>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Acconsente al trattamento dei dati personali per finalità promozionali e di marketing attraverso:	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
- strumenti tradizionali (posta cartacea e/o chiamate con operatore)	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
- strumenti di comunicazione elettronica (e-mail, telefax, mms, sms, WhatsApp, social network) <i>(Finalità c) dell'informativa)</i>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Acconsente al trattamento dei dati personali per la comunicazione a soggetti terzi operanti nei settori delle telecomunicazioni, nei servizi bancari, finanziari ed assicurativi e IT (Information Technology) e nell'ambito della vendita diretta di beni e servizi per finalità promozionali e di marketing, sia attraverso strumenti tradizionali sia per il tramite di strumenti di comunicazione elettronica. <i>(Finalità d) dell'informativa)</i>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Contraente \_\_\_\_\_