

CONTRAENTE:

Convenzione n.: 5500151

TIMBRO CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**MODULO DI ADESIONE**

**alla copertura assicurativa aggiuntiva del rischio di morte da malattia ad adesione facoltativa**

*(prima della sottoscrizione si raccomanda all'Assicurando di leggere le avvertenze, compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)*

Il presente Modulo di Adesione deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando che aderisce volontariamente all'assicurazione collettiva e sostiene, anche indirettamente o in parte, l'onere del premio.

Io sottoscritto _____		nato il ____/____/____	
a _____	Prov _____	Codice Fiscale _____	
Indirizzo email _____		Recapito telefonico _____	

in qualità di dipendente della Società \_\_\_\_\_ concessionaria di autostrade e trafori aderente ad EBiNAT, chiedo di aderire alla copertura assicurativa del rischio di morte da malattia ad adesione facoltativa e aggiuntiva a quella obbligatoriamente prevista per tutti i dipendenti.

**DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO**

*(barrare solo una delle caselle) ☐*

☐ Designazione nominativa del Beneficiario

Designo quali beneficiari in caso di mia morte (indicazione obbligatoria):

*(indicare un nominativo obbligatorio o, eventualmente, due o più nominativi con relative percentuali, la cui somma sia pari a 100%)*

1	Cognome _____	Nome _____	Sesso (M/F) _____	Data di nascita ____/____/____
	Luogo di nascita _____		Codice Fiscale _____	
	Indirizzo di residenza _____			
	CAP _____	Località _____		Provincia _____
	Indirizzo email _____		Recapito telefonico _____	
				Quota beneficio %
2	Cognome _____	Nome _____	Sesso (M/F) _____	Data di nascita ____/____/____
	Luogo di nascita _____		Codice Fiscale _____	
	Indirizzo di residenza _____			
	CAP _____	Località _____		Provincia _____
	Indirizzo email _____		Recapito telefonico _____	
				Quota beneficio %

3	Cognome	Nome	Sesso (M/F)	Data di nascita
	Luogo di nascita		Codice Fiscale	
	Indirizzo di residenza			
	CAP	Località	Provincia	
	Indirizzo email		Recapito telefonico	Quota beneficio %

☐ Nessuna Designazione nominativa del Beneficiario

(Avvertenza: in caso di mancata designazione del/i Beneficiario/i di cui al riquadro che precede, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i).

Prendo atto che in mancanza di una designazione nominativa del Beneficiario, il beneficio delle somme assicurate è attribuito, secondo quanto stabilito in Convenzione, in favore degli eredi testamentari o, in mancanza, degli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali.

La modifica o la revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata, per il tramite del Contraente, alla Società.

**Designazione facoltativa del Referente terzo (diverso dal/i Beneficiario/i, da indicare per esigenze di riservatezza e a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)** ☐ sì ☐ no

Cognome	Nome	Sesso (M/F)	Data di nascita
Luogo di nascita		Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email		Recapito telefonico	

#### Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

#### Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

La Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (la "Legge"), entrata in vigore il 2 gennaio 2024, ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", il quale prevede che in fase di stipulazione o successivamente, nonché in caso di rinnovo di un contratto assicurativo, l'assicurando non è tenuto a fornire informazioni né subire indagini relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti) alla data della richiesta.

Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dall'assicurando e qualora fossero già note alla Società, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali. Nei casi previsti dalla Legge, nessuna visita medica o accertamento sanitario può inoltre essere richiesto all'assicurando in relazione alla pregressa patologia oncologica.

**AVVERTENZE SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Ai fini di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurando non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione, da parte della Società, del rischio relativo alla presente assicurazione anche ai fini degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile

- dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono da tenere in considerazione al momento della compilazione del questionario sanitario (quando previsto in Convenzione):
  - a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
  - b) prima della sottoscrizione del questionario (ove previsto), il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
  - c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Ai fini del mio inserimento da parte del Contraente nell'assicurazione collettiva di cui alla presente Convenzione:

- **acconsento** a norma del disposto dell'articolo 1919 del Codice Civile all'assicurazione medesima;
- **dichiaro** altresì di impegnarmi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- **prosciolgo dal segreto professionale e legale** medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato ai quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurato ha diritto di richiedere alla Società le Condizioni di Assicurazione.

DATA\_\_\_\_\_

L'ASSICURANDO\_\_\_\_\_



segue Allegato 3 alla Convenzione n. 5500151

Convenzione n.: 5500151 TIMBRO CONTRAENTE \_\_\_\_\_

**ALLEGATO A) AL MODULO DI ADESIONE**  
**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**  
**alla copertura assicurativa aggiuntiva del rischio di morte da malattia ad adesione facoltativa**  
*(prima della sottoscrizione si raccomanda all'Assicurando di compilare integralmente  
e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consapevole della rilevanza ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società a norma degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile,

• **dichiaro di:**

- ☐ NON essere titolare di invalidità e di non avere in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente di Previdenza e/o assistenza obbligatoria di appartenenza e/o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi;
- ☐ essere esente da malattie acute e/o croniche in atto e di non essere stato/a ricoverato/a e di non aver subito interventi chirurgici negli ultimi 5 anni (salvo per interventi di ernia inguinale, di appendicectomia, adenotonsillectomia, fratture agli arti, chirurgia estetica, parto);
- ☐ NON essere stato sottoposto a trattamenti terapeutici continuativi negli ultimi 12 mesi.

- **dichiaro** altresì di impegnarmi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**coloro che non sono in grado di sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono stato di Salute non possono aderire alla copertura aggiuntiva**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE**

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

DATA \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**Il presente modello deve essere sempre accompagnato dal Modulo di Adesione**

**Unipol Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I  
al numero 1.00183 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it