MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE
AL PIANO SANITARIO "C" CASSA GEOMETRI

Restituire il presente documento, compilato e firmato in tutte le sue parti ad adesioniagenziaxxsettembreroma@agenziaspecialegrandiaffari.it entro il 30/11/2026

DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE

Il sottoscritto/a			Nato il
Nato a	Prov.	Codice Fiscale	
Residente in			CAP
Comune			Prov.
Tel cell.	E-mail		

DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI INSERITI IN COPERTURA

Nome e Cognome	Sesso	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

Importo semestrale totale per persona € 80,00

Luogo e data_____ **Firma (leggibile)**_____

La Società si riserva il diritto di richiedere informazioni in base al tipo di disturbi medici dichiarati.
Il sottoscritto dichiara che le risposte sono sincere e veritiere e che non ha nascosto nulla che possa indurre in errore la Società e che possa falsare la decisione da assumere in merito all'assicurazione proposta.
Prende atto inoltre che le dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892,1893 e 1984 del Codice Civile.

Per_____, dichiaro quanto segue:

1- Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza

2- Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap

3- Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica

4- Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale

5- Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata

6- Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino

7- Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)

8- Non fa uso di prodotti contenenti nicotina

9- Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

_____
_____
_____

Luogo e data_____ Firma (leggibile) _____

Per_____, dichiaro quanto segue:

1- Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza

2- Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap

3- Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica

4- Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale

5- Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata

6- Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino

7- Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)

8- Non fa uso di prodotti contenenti nicotina

9- Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

_____
_____
_____

Luogo e data_____ Firma (leggibile) _____

Per_____, dichiaro quanto segue:

1- Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza

2- Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap

3- Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica

4- Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale

5- Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata

6- Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino

7- Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)

8- Non fa uso di prodotti contenenti nicotina

9- Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

_____
_____
_____

Luogo e data_____ Firma (leggibile) _____

Per_____, dichiaro quanto segue:

1- Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza

2- Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap

3- Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica

4- Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale

5- Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata

6- Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino

7- Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)

8- Non fa uso di prodotti contenenti nicotina

9- Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

_____
_____
_____

Luogo e data_____ Firma (leggibile) _____

AFFINCHÉ GENERALI ITALIA POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO
SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati) – Presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Luogo e data

Nome e cognome

e C.F._____
del titolare del piano sanitario (in stampatello)

Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 1 *

Firma dell'interessato_____

Nome e cognome del familiare 2 *

Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 3 *

Firma dell'interessato_____

Nome e cognome del familiare 4 *

Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 5 *

Firma dell'interessato_____

Nome e cognome del familiare 6 *

Firma dell'interessato _____

Nome e cognome del familiare 7 *

Firma dell'interessato_____

Nome e cognome del familiare 8 *

Firma dell'interessato _____

*Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti, anche nel caso di registrazione in videoconferenza/audioconferenza ai fini della vendita a distanza, o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) nell'ambito del Profilo Cliente, della consulenza e dell'offerta assicurativa, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere; (v) per l'esercizio e la difesa di diritti; (vi) per l'adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali; (vii) per la gestione e controllo interno; (viii) per attività statistiche (2). La informiamo, inoltre, che il trattamento dei suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii), (v), (vi) e (vii) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere, nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante la video/audioconferenza; mentre per le finalità di cui alla lettera (iv), (v) e (viii) il trattamento dei suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, all'esercizio e difesa di propri diritti e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a:

- Generali Italia S.p,A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da dipendenti e collaboratori della Compagnia e da altri soggetti anche esterni, designati Responsabili o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per conto della Compagnia compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I miei consensi privacy

Presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo

atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.