

COPERTINA FAX

ATTENZIONE

L'allegato **Modulo di Adesione** debitamente sottoscritto e compilato in ogni sua parte **unitamente al Questionario Long Term Care e ad una copia del documento attestante l'avvenuto pagamento** del premio, riportante il timbro della banca ovvero il numero di CRO, **devono essere inviati ad Aon S.p.A a mezzo fax o e-mail ai seguenti indirizzi:** ➡

CUSTOMER CARE SERVICE

FAX: 02 45463 294

@: edvige.patrizia.barizza@aon.it

Per qualsiasi necessità contattare il numero: 02.45434.294

Da:	A: Aon S.p.A. / Divisione Affinity
Data:	

Note:

Documenti da allegare:

1. Modulo di Adesione - Convenzione K100000421 (**pag. 4 e 5**)
2. Questionario Long Term Care (pag. 6)
3. Copia del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del premio (pag. 6 OPZIONI PREMI ASSICURATIVI)
4. Copia fronte/retro del documento indicato nel Modulo di Adesione (carta di identità – patente – passaporto)

INFORMAZIONI DA RENDERE ALL'ASSICURANDO PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare all'Assicurando il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela dell'Assicurando. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I – INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERMEDIARIO		
TABELLA 1.1 - DATI IDENTIFICATIVI DELL'INTERMEDIARIO		
Ragione Sociale: Sede legale: Numero di iscrizioni al RUI: Data di iscrizione al RUI: Telefono: Fax: E-mail:	Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Broker Via Andrea Ponti, 8/10 – 20143 Milano (MI) B000117871 – Sez. B 12 marzo 2007 Tel.: 02.45434294 Fax.: 02.45463294 fab.assicurazioni@aon.it	Nota per l'Assicurando Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sul sito internet dell'ISVAP (www.isvap.it).
TABELLA 1.2 - AUTORITÀ COMPETENTE ALLA VIGILANZA SULL'ATTIVITÀ SVOLTA		
ISVAP – ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI PRIVATE E DI INTERESSE COLLETTIVO - VIA DEL QUIRINALE 21 - 00187 ROMA		
PARTE II - INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO D'INTERESSI		
TABELLA 2.1 - DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO		
<p>a. Aon S.p.A. NON detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una Impresa di Assicurazione.</p> <p>b. Nessuna Impresa di Assicurazione o impresa controllante di un'Impresa di Assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Aon S.p.A..</p> <p>c. Aon S.p.A. propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che le impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più Imprese di Assicurazione.</p> <p>d. Su richiesta dell'Assicurando, Aon S.p.A. potrà fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.</p>		
PARTE III - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE FORME DI TUTELA DELL'ASSICURANDO		
TABELLA 3.1 - INFORMAZIONI GENERALI		
<p>Ai sensi dell'articolo 117 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, i premi pagati dall'Assicurando agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese di Assicurazione, se regolati per il tramite degli intermediari, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio degli intermediari stessi.</p> <p>L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali degli intermediari o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato gli intermediari devono rispondere a norma di legge.</p> <p>L'Assicurando ha la facoltà di rivolgersi al Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o ISVAP Via Quirinale 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.</p> <p>L'Assicurando ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria, di proporre reclamo all'ISVAP, Servizio tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma.</p>		
TABELLA 3.2 - NOTA IMPORTANTE PER L' ASSICURANDO		
<p>Ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2006, il pagamento del premio eseguito in buona fede ad Aon S.p.A. o ad i suoi collaboratori, ha effetto liberatorio per l'Assicurando nei confronti di Vittoria Assicurazioni S.p.A. e conseguentemente impegna Vittoria Assicurazioni S.p.A. a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.</p>		
PARTE VI - INFORMAZIONI SUI PRINCIPALI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DELL' ASSICURANDO		
TABELLA 4.1 – OBBLIGHI DELL'INTERMEDIARIO		
<p>Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:</p>		
<p>a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, consegnano all'Assicurando copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela dell'Assicurando;</p> <p>b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano all'Assicurando - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;</p> <p>c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale dell'Assicurando, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dall'Assicurando stesso ogni informazione che ritengono utile;</p> <p>d) informano l'Assicurando della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dall'Assicurando di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;</p> <p>e) consegnano all'Assicurando copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;</p> <p>f) possono ricevere dall'Assicurando, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1; denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. 		
PARTE V – LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL BROKER E DECADENZA DALL'AZIONE DI RESPONSABILITÀ		
<p>Con riferimento ai rapporti professionali intercorrenti con il cliente e con riferimento ai rapporti assicurativi stipulati o stipulandi tramite l'intermediazione di Aon S.p.A. nonché ai sinistri che sono o saranno gestiti tramite Aon, si precisa che: Aon S.p.A. adempie ai suoi obblighi nel rispetto dei principi generali di cooperazione, correttezza e buona fede vigenti nell'ordinamento legislativo italiano ed in particolare uniforma i suoi comportamenti alle regole ed alla normale diligenza proprie della sua professionalità. In caso di sua inadempienza agli obblighi assunti Aon risponderà dei danni causati nei termini e limiti di seguito indicati:</p>		

- a) Aon S.p.A. risponderà, secondo legge, senza limiti di valore per i danni causati quale conseguenza immediata e diretta di inadempienza imputabile a colpa grave o dolo;
- b) Nel caso in cui l'inadempienza di Aon sia imputabile a colpa lieve, la stessa risponderà esclusivamente:
- b.1) dei danni emergenti fino ad un valore massimo di euro 2.000.000,00 (duemilioni), importo che in tal caso si intende accettato come limite massimo di responsabilità civile valevole per ognuno e comunque globalmente per tutti gli addebiti azionabili;
- b.2) a condizione che il reclamo venga inviato a mezzo raccomandata a.r., a pena di decadenza, entro e non oltre un anno dalla data in cui si è avuta (o si sarebbe dovuto avere) conoscenza dell'inadempimento.

DOCUMENTO PRIVACY

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Gentile Cliente, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e di cui Aon S.p.A., in qualità di Titolare del Trattamento, è entrato o entrerà in possesso, a seguito dell'incarico di brokeraggio assicurativo o riassicurativo, La informiamo di quanto segue:

- 1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI:** Il trattamento: **A.** è diretto all'espletamento da parte di Aon S.p.A. (di seguito denominata AON) delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dell'incarico nonché delle attività ad esso connesse e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività di brokeraggio assicurativo e riassicurativo, ivi eventualmente comprese le attività di tutela legale a favore degli assicurati per i prodotti assicurativi che prevedono esplicitamente tale tipo di servizio; **B.** può anche essere diretto all'espletamento da parte di Aon delle finalità di informazione e promozione commerciale, indagini di mercato e scopi statistici o di ricerca.
- 2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO:** Il trattamento: è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1 lett. a) del D.Lgs.196/03: raccolta; registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione; selezione, estrazione, consultazione, comunicazione; blocco, cancellazione e distruzione; è effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; è svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione riguardante i rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.
- 3. CONFERIMENTO DEI DATI:** La raccolta dei dati può avvenire presso l'interessato ovvero presso la nostra sede ove è effettuato il trattamento. Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e, se dal caso, giudiziari, è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1-A, ossia conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei rapporti in essere, inclusa gestione e liquidazione dei sinistri (ivi eventualmente compresa la tutela legale). Tale consenso diventa facoltativo ai fini dello svolgimento di attività d'informazione e promozione commerciale di cui al punto 1-B.
- 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI:** L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali di cui al punto 3, relativamente alla finalità di cui al punto 1-A, comporta l'impossibilità di adempiere a quanto previsto dai contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati di cui al punto 3, per la finalità 1-B, non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Aon nei confronti dell'interessato.
- 5. COMUNICAZIONE DEI DATI:** I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1-A, per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia; legali, periti e autofficine; società di servizi cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio: Unità d'Informazione della Banca d'Italia, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici e altre sedi Aon nel mondo. Inoltre i vostri dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per fini statistici per partecipare a gare pubbliche. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio Direzione Legale e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02.45434567, o all'indirizzo e-mail: privacy_officer@aon.it ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs.196/03. Aon raccoglie i dati contenenti le informazioni riguardanti i propri clienti e le loro posizioni assicurative, compresi, ma non limitati ai nomi, al settore merceologico, al tipo di polizze e alle date di scadenza delle polizze, così come alle informazioni riguardanti le compagnie assicurative che forniscono la copertura ai propri clienti o completano per i propri clienti il piazzamento assicurativo. Tutte queste informazioni sono conservate in uno o più database. Aon può usare o rivelare le informazioni riguardanti i propri clienti, se richiesto dalla legge, dalla politica Aon, in seguito ad un procedimento legale o in risposta ad una richiesta da parte di un'autorità di polizia o di altri funzionari governativi. Oltre ad essere utilizzati a beneficio dei clienti Aon, queste banche dati sono accessibili anche da altri affiliati Aon per altri scopi, compresa la fornitura di consulenza e altri servizi per le imprese di assicurazione.
- 6. DIFFUSIONE DEI DATI:** I dati personali non sono soggetti a diffusione.
- 7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:** I dati personali possono essere trasferiti esclusivamente verso le sedi Aon presenti sia nei Paesi dell'Unione Europea sia nei Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1-A e B.
- 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'art. 7 del D.Lgs.196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere da Aon la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili, del rappresentante designato e dei soggetti o delle categorie di soggetto cui i dati possono essere comunicati. L'interessato ha, inoltre, diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; nonché quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato, in ogni momento, secondo quanto stabilito dall'art. 8 del D.Lgs.196/03.
- 9. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Titolare del trattamento è Aon S.p.A., con sede a Milano, in via A. Ponti 8/10. Responsabile Designato del trattamento è il Gruppo Privacy domiciliato presso l'indirizzo sopra indicato.

**MODULO DI ADESIONE - CONVENZIONE K100000421 - STIPULATA TRA VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A.
E LA CONTRAENTE FABI NAZIONALE (FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI)**

CONTRAENTE				
Denominazione Sociale FABI - via Tevere, 46 – 00198 ROMA				N° Polizza Collettiva K10000421
DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE/SCRITTO FABI (OPZIONI DISPONIBILI: VEDI ALLEGATO 1 - OPZIONI PREMI ASSICURATIVI – pag. 7)				
Rendita Mensile: <input type="checkbox"/> € 500 <input type="checkbox"/> € 1.000 <input type="checkbox"/> € 1.500	01/___/___	€ _____,____	31/12/20___	€ _____,____
Rata mensile rendita in caso LTC	Data di decorrenza	Importo premio rateo alla firma	Data di scadenza	Importo premio annuo

ANAGRAFICA ISCRITTO FABI / DIPENDENTE FABI		
Cognome	Nome	N° tessera FABI

ASSICURANDO						
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Professione			
Qualifica: <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Convivente more-uxorio <input type="checkbox"/> Figlio maggiorenne convivente						
Indirizzo di residenza (Via/Piazza)	N°	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di nascita	Età	
Comune/Città	CAP	Provincia	Nazione	Stato Civile	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
E-mail	Tel. Ufficio			Tel. Cellulare		

TIPO DOCUMENTO DA ALLEGARE		
Tipo documento	N°	Luogo di rilascio
Data di rilascio	Data di scadenza	

MODALITÀ DI PAGAMENTO
L'assicurando deve effettuare il pagamento del premio alle seguenti coordinate bancarie: IBAN: IT59Q010050160000000002025 Beneficiario: Aon S.p.A. – Via Andrea Ponti 8/10 - Milano Causale: Adesione Polizza LCT – Iscritti FABI – Cognome e Nome dell'Assicurando Sul premio versato gravano dei costi a copertura delle spese commerciali ed amministrative. In particolare la Società trattiene sul premio corrisposto un costo fisso di € 10,00 e un caricamento percentuale del 30% al netto di tale costo fisso. La quota parte percepita dagli intermediari risulta essere pari al 100% del costo fisso e al 40% del caricamento percentuale. Il premio è pagato anticipatamente e la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del primo giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e avrà scadenza il 31 Dicembre successivo con tacito rinnovo annuo salvo disdetta delle Parti, come normato nella Convenzione. L'assicurando deve essere iscritto/dipendente FABI o coniuge/convivente more uxorio o figlio maggiorenne di un iscritto /dipendente FABI, come risultanti dallo stato di Famiglia.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO
L'Assicurando, dichiara di essere iscritto FABI e si impegna a comunicare ad AON S.p.A. l'eventuale venire meno in corso di contratto dei requisiti per usufruire delle suindicate condizioni di Assicurazione, consapevole che il venire meno di tali requisiti comporta la non concedibilità delle stesse, dallo scadere della presente copertura assicurativa. Il Sottoscritto si impegna inoltre in caso di denuncia di sinistro a presentare, a richiesta di AON S.p.A., un documento personale attestante la Sua qualità di avente diritto alle condizioni predette, consapevole che ne caso di applicazione non dovuta delle stesse, l'indennizzo dovuto sarà dedotto in sede di liquidazione proporzionalmente della differenza tra il premio pagato e quello dovuto.
Data: ___/___/_____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____
L'Assicurando con la sottoscrizione della presente proposta dichiara di acconsentire esplicitamente, ai sensi dell'art 1919 del Codice Civile, alla conclusione dell'assicurazione sulla propria persona. AVVERTENZA: è di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurando siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione. A questo proposito si raccomanda la massima precisione nella compilazione del "Questionario Long Term Care". In caso anche di una sola risposta affermativa dovrà essere obbligatoriamente compilata la parte sottostante alla domanda, il cui contenuto verrà vagliato dalla Compagnia al fine di verificare la possibilità o meno di prestare la copertura richiesta.
Data: ___/___/_____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____
L'Assicurando, dichiara di affidare la gestione della polizza assicurativa nascente dalla presente sottoscrizione ad Aon S.p.A., Broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.
Data: ___/___/_____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

L'Assicurando, dichiara di aver ricevuto, come previsto dalle disposizioni del Regolamento ISVAP n. 5/2006, l'allegato documento "Informazioni da rendere all'Assicurando prima che lo stesso sia vincolato dal contratto". Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa resa ai fini del decreto legislativo 196/2003 e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'informativa e dalla normativa vigente

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

L'Assicurando, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente "FABI NAZIONALE" e Vittoria assicurazioni, S.p.A.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

L'Assicurando, dichiara inoltre di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 – Prestazioni; Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art. 13 – Beneficiari.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

L'Assicurando dichiara infine di voler sottoscrivere la Polizza Long Term Care - Convenzione n° K100000421- e manifesta la propria volontà in tal senso, a mezzo della sottoscrizione del:

- "Modulo di Adesione - Convenzione K100000421 - Stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente FABI NAZIONALE (Federazione Autonoma Bancari Italiani)"

e compilazione del:

- "QUESTIONARIO Long Term Care"

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)

L'Assicurando, preso atto dell'allegata informativa sulla Privacy, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. n. 196/03

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla comunicazione dei dati personali alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1-A della medesima informativa;

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative di cui al punto 1-A della presente informativa, rivolte alla gestione dei contratti assicurativi e alla fornitura di servizi ad essi inerenti;

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nella premessa della informativa nei confronti dell'interessato.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLA POLIZZA OFFERTA

AVVERTENZA PRELIMINARE

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Assicurando. Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative dell'Assicurando, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza. Pertanto:

SE LE DICHIARAZIONI CHE SEGUONO RISULTANO APPROPRIATE, E' POSSIBILE SOTTOSCRIVERLE E COMPLETARE LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, POICHE' LA STESSA È ADEGUATA RISPETTO ALLE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE

L'Assicurando dichiara che intende sottoscrivere la polizza offerta e che:

- le proprie esigenze assicurative derivano da una scelta personale di sicurezza, indipendente da qualsiasi obbligo di legge
- intende tutelarsi contro il rischio di non autosufficienza sottoscrivendo una polizza di Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di perdita di autosufficienza a prestazione e a premio annuo vitalizio costanti
- è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, scoperti, franchigie ed esclusioni, evidenziati nelle Condizioni di Assicurazione, di cui ha preso visione durante la compilazione della presente scheda di adesione.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

SE INVECE NON SI INTENDE FORNIRE ALCUNA DICHIARAZIONE CIRCA LE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE E SI VUOLE COMUNQUE SOTTOSCRIVERE LA POLIZZA, CONSAPEVOLI CHE POTREBBE NON ESSERE ADEGUATA RISPETTO ALLE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE, E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE

L'Assicurando dichiara di non voler fornire alcuna informazione, consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle proprie esigenze assicurative. L'Assicurando dichiara inoltre di voler comunque sottoscrivere la polizza offerta.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____ Firma: _____

QUESTIONARIO Long Term Care

L'assicurato inoltre dichiara di:

- 1) Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Cardiovascolari** seguenti: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie

Se risposta SI: 1.1) Quali? _____
 1.2) Quando? _____

SI NO

- 2) Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Neurologiche** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia.

Se risposta SI: 2.1) Quali? _____
 2.2) Quando? _____

SI NO

- 3) Soffrire o di aver sofferto di una delle: **Malattie croniche** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa.

Se risposta SI: 3.1) Quali? _____
 3.2) Quando? _____

SI NO

- 4) Soffrire o di aver sofferto di: **Tumore maligno o cancro:**

Se risposta SI: 4.1) Quali? _____
 4.2) Quando? _____

SI NO

- 5) Beneficiare di **esenzione totale dal ticket sanitario** in ragione di patologie croniche e/o rare oppure di aver fatto richiesta per ottenerla.

Se risposta SI: 5.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario? _____
 5.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario _____

SI NO

- 6) Avere avuto riconosciuta una **pensione di invalidità superiore od uguale al 10%** oppure di averne già fatto richiesta.

Se risposta SI: 6.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario? _____
 6.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario _____

SI NO

- 7) Essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia Inguinale, appendicectomia, emorroidectomia, o varicectomia.

Se risposta SI: 7.1) Quali? _____
 7.2) Quando? _____

SI NO

- 8) essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri), per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa.

Se risposta SI: 8.1) Quali? _____
 8.2) Quando? _____

SI NO

- 9) doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico, o ad essere ricoverato in ospedale

Se risposta SI: 9.1) Quali? _____
 9.2) Quando? _____

SI NO

Data: ____/____/____

Nome e Cognome: _____

Firma: _____



Allegato 1: OPZIONI PREMI ASSICURATIVI

RENDITA € 500 Mensili		DECORRENZA DELLA POLIZZA DAL GIORNO 01 DEL MESE SUCCESSIVO CON SCADENZA AL 31.12										
ETA'	PREMIO ANNUO DAL 01 GEN	01 FEB	01 MAR	01 APR	01 MAG	01 GIU	01 LUG	01 AGO	01 SET	01 OTT	01 NOV	01 DIC
18 - 25	€ 19,43	€ 17,81	€ 16,19	€ 14,57	€ 12,95	€ 11,34	€ 9,71	€ 8,10	€ 6,48	€ 4,86	€ 3,24	€ 1,62
26 - 30	€ 20,28	€ 18,59	€ 16,90	€ 15,21	€ 13,52	€ 11,83	€ 10,14	€ 8,45	€ 6,76	€ 5,07	€ 3,38	€ 1,69
31 - 35	€ 21,14	€ 19,38	€ 17,62	€ 15,85	€ 14,09	€ 12,33	€ 10,57	€ 8,81	€ 7,05	€ 5,28	€ 3,52	€ 1,76
36 - 40	€ 21,14	€ 19,38	€ 17,62	€ 15,85	€ 14,09	€ 12,33	€ 10,57	€ 8,81	€ 7,05	€ 5,28	€ 3,52	€ 1,76
41 - 45	€ 22,00	€ 20,17	€ 18,33	€ 16,50	€ 14,67	€ 12,83	€ 11,00	€ 9,17	€ 7,33	€ 5,50	€ 3,67	€ 1,83
46 - 50	€ 26,28	€ 24,09	€ 21,90	€ 19,71	€ 17,52	€ 15,33	€ 13,14	€ 10,95	€ 8,76	€ 6,57	€ 4,38	€ 2,19
51 - 55	€ 30,57	€ 28,02	€ 25,48	€ 22,93	€ 20,38	€ 17,83	€ 15,29	€ 12,74	€ 10,19	€ 7,64	€ 5,10	€ 2,55
56 - 60	€ 46,00	€ 42,17	€ 38,33	€ 34,50	€ 30,67	€ 26,83	€ 23,00	€ 19,17	€ 15,33	€ 11,50	€ 7,67	€ 3,83
61 - 65	€ 82,86	€ 75,96	€ 69,05	€ 62,15	€ 55,24	€ 48,34	€ 41,43	€ 34,53	€ 27,62	€ 20,72	€ 13,81	€ 6,91
66 - 70	€ 160,00	€ 146,67	€ 133,33	€ 120,00	€ 106,67	€ 93,33	€ 80,00	€ 66,67	€ 53,33	€ 40,00	€ 26,67	€ 13,33
71 - 75	€ 307,43	€ 281,81	€ 256,19	€ 230,57	€ 204,95	€ 179,33	€ 153,71	€ 128,10	€ 102,48	€ 76,86	€ 51,24	€ 25,62
76 - 80	€ 577,43	€ 529,31	€ 481,19	€ 433,07	€ 384,95	€ 336,83	€ 288,71	€ 240,60	€ 192,48	€ 144,36	€ 96,24	€ 48,12

RENDITA € 1.000 Mensili		DECORRENZA DELLA POLIZZA DAL GIORNO 01 DEL MESE SUCCESSIVO CON SCADENZA AL 31.12										
ETA'	PREMIO ANNUO DAL 01 GEN	01 FEB	01 MAR	01 APR	01 MAG	01 GIU	01 LUG	01 AGO	01 SET	01 OTT	01 NOV	01 DIC
18 - 25	€ 28,85	€ 26,45	€ 24,04	€ 21,64	€ 19,23	€ 16,83	€ 14,42	€ 12,02	€ 9,62	€ 7,21	€ 4,81	€ 2,40
26 - 30	€ 30,57	€ 28,02	€ 25,48	€ 22,93	€ 20,38	€ 17,83	€ 15,28	€ 12,74	€ 10,19	€ 7,64	€ 5,09	€ 2,55
31 - 35	€ 32,28	€ 29,59	€ 26,90	€ 24,21	€ 21,52	€ 18,83	€ 16,14	€ 13,45	€ 10,76	€ 8,07	€ 5,38	€ 2,69
36 - 40	€ 32,28	€ 29,59	€ 26,90	€ 24,21	€ 21,52	€ 18,83	€ 16,14	€ 13,45	€ 10,76	€ 8,07	€ 5,38	€ 2,69
41 - 45	€ 34,00	€ 31,17	€ 28,33	€ 25,50	€ 22,67	€ 19,83	€ 17,00	€ 14,17	€ 11,33	€ 8,50	€ 5,67	€ 2,83
46 - 50	€ 42,57	€ 39,02	€ 35,48	€ 31,93	€ 28,38	€ 24,83	€ 21,29	€ 17,74	€ 14,19	€ 10,64	€ 7,10	€ 3,55
51 - 55	€ 51,15	€ 46,89	€ 42,63	€ 38,36	€ 34,10	€ 29,84	€ 25,58	€ 21,31	€ 17,05	€ 12,79	€ 8,53	€ 4,26
56 - 60	€ 82,00	€ 75,17	€ 68,33	€ 61,50	€ 54,67	€ 47,83	€ 41,00	€ 34,17	€ 27,33	€ 20,50	€ 13,67	€ 6,83
61 - 65	€ 155,72	€ 142,74	€ 129,77	€ 116,79	€ 103,81	€ 90,84	€ 77,86	€ 64,88	€ 51,91	€ 38,93	€ 25,95	€ 12,98
66 - 70	€ 310,00	€ 284,17	€ 258,33	€ 232,50	€ 206,67	€ 180,83	€ 155,00	€ 129,17	€ 103,33	€ 77,50	€ 51,67	€ 25,83
71 - 75	€ 604,85	€ 554,45	€ 504,04	€ 453,64	€ 403,23	€ 352,83	€ 302,43	€ 252,02	€ 201,62	€ 151,21	€ 100,81	€ 50,40
76 - 80	€ 1.144,85	€ 1.049,45	€ 954,04	€ 858,64	€ 763,23	€ 667,83	€ 572,43	€ 477,02	€ 381,62	€ 286,21	€ 190,81	€ 95,40

RENDITA € 1.500 Mensili		DECORRENZA DELLA POLIZZA DAL GIORNO 01 DEL MESE SUCCESSIVO CON SCADENZA AL 31.12										
ETA'	PREMIO ANNUO DAL 01 GEN	01 FEB	01 MAR	01 APR	01 MAG	01 GIU	01 LUG	01 AGO	01 SET	01 OTT	01 NOV	01 DIC
18 - 25	€ 38,28	€ 35,09	€ 31,90	€ 28,71	€ 25,52	€ 22,33	€ 19,14	€ 15,95	€ 12,76	€ 9,57	€ 6,38	€ 3,19
26 - 30	€ 40,85	€ 37,45	€ 34,04	€ 30,64	€ 27,23	€ 23,83	€ 20,42	€ 17,02	€ 13,62	€ 10,21	€ 6,81	€ 3,40
31 - 35	€ 43,43	€ 39,81	€ 36,19	€ 32,57	€ 28,95	€ 25,33	€ 21,71	€ 18,10	€ 14,48	€ 10,86	€ 7,24	€ 3,62
36 - 40	€ 43,43	€ 39,81	€ 36,19	€ 32,57	€ 28,95	€ 25,33	€ 21,71	€ 18,10	€ 14,48	€ 10,86	€ 7,24	€ 3,62
41 - 45	€ 46,00	€ 42,17	€ 38,33	€ 34,50	€ 30,67	€ 26,83	€ 23,00	€ 19,17	€ 15,33	€ 11,50	€ 7,67	€ 3,83
46 - 50	€ 58,85	€ 53,95	€ 49,04	€ 44,14	€ 39,23	€ 34,33	€ 29,42	€ 24,52	€ 19,62	€ 14,71	€ 9,81	€ 4,90
51 - 55	€ 71,72	€ 65,74	€ 59,77	€ 53,79	€ 47,81	€ 41,84	€ 35,86	€ 29,88	€ 23,91	€ 17,93	€ 11,95	€ 5,98
56 - 60	€ 118,00	€ 108,17	€ 98,33	€ 88,50	€ 78,67	€ 68,83	€ 59,00	€ 49,17	€ 39,33	€ 29,50	€ 19,67	€ 9,83
61 - 65	€ 228,57	€ 209,52	€ 190,48	€ 171,43	€ 152,38	€ 133,33	€ 114,29	€ 95,24	€ 76,19	€ 57,14	€ 38,10	€ 19,05
66 - 70	€ 460,00	€ 421,67	€ 383,33	€ 345,00	€ 306,67	€ 268,33	€ 230,00	€ 191,67	€ 153,33	€ 115,00	€ 76,67	€ 38,33
71 - 75	€ 902,28	€ 827,09	€ 751,90	€ 676,71	€ 601,52	€ 526,33	€ 451,14	€ 375,95	€ 300,76	€ 225,57	€ 150,38	€ 75,19
76 - 80	€ 1.712,28	€ 1.569,59	€ 1.426,90	€ 1.284,21	€ 1.141,52	€ 998,83	€ 856,14	€ 713,45	€ 570,76	€ 428,07	€ 285,38	€ 142,69