

---

FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI

---



Ai  
**Sindacati Autonomi Bancari**  
**F.A.B.I.**

**LORO SEDI**

---

PROTOCOLLO: **1300 – MS/ff**

ROMA, LI **10 settembre 2015**

OGGETTO: **Polizza sanitaria e LTC**

Nel luglio scorso è stata perfezionata la Convenzione con la Cassa Mutua MBA allo scopo di offrire uno strumento a tutti gli associati e loro familiari – indipendentemente dal tipo di attività e/o professione svolta – che hanno la necessità di una tutela della propria salute.

E' un'opportunità anche per chi è socio di casse sanitarie aziendali.

Pertanto, invitiamo tutte le strutture a dare comunicazione della Convenzione di cui all'oggetto a tutti gli iscritti.

In allegato trasmettiamo le pagine di presentazione, i moduli di adesione nonché due proposte di piani sanitari.

Tutta la documentazione, **in originale**, dovrà essere inviata **per posta** al SAB di Milano (via Carducci, 37 – 20123 Milano ) all'attenzione dei colleghi signor Roberto Garagiola e/o Antonio Vaccina, che potranno essere direttamente contattati ai seguenti recapiti:

- Roberto Garagiola cellulare 3429433650; email [garagiola.fabih@hotmail.it](mailto:garagiola.fabih@hotmail.it)
- Antonio Vaccina cellulare 3383240531; email [antonvacc@libero.it](mailto:antonvacc@libero.it)

Inoltre i citati colleghi sono disponibili ad incontrare i responsabili dei SAB per eventuali chiarimenti e approfondimenti.

**COORDINAMENTO NAZIONALE**  
**PENSIONATI ED ESODATI**

**LA SEGRETERIA NAZIONALE**

**Allegati**

## INFORMAZIONI SU COME ADERIRE

INVIARE A AON SPA AL NUMERO DI FAX 02.45463.294 OPPURE

(SCANNERIZZANDO LA DOCUMENTAZIONE) ALL'INDIRIZZO E-MAIL: [edvige.patrizia.barizza@aon.it](mailto:edvige.patrizia.barizza@aon.it) oppure [infocomm@biverbroker.it](mailto:infocomm@biverbroker.it)

- SCHEDA / MANDATO DI ADESIONE COMPILATO (DATI ANAGRAFICI - SI/NO) DATATO E FIRMATO
- MODELLO UNICO DI INFORMATIVA (7A - 7B) COMPILATO, DATATO E FIRMATO
- PRIVACY DATATA E FIRMATA
- FOTOCOPIA FRONTE / RETRO DOCUMENTO D'IDENTITA' o PATENTE o PASSAPORTO
- COPIA BONIFICO INTESTATO A AON SPA (COORDINATE IBAN: IT59Q010050160000000002025)
- (Esempio premio da pagare: RENDITA € 1.000 – ANNI 43 – PAGAMENTO GIORNO 13 MARZO = Premio € 25,47)

## 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

## DOMANDA DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE FABI/MUTUA BASIS ASSISTANCE IN QUALITÀ DI SOCIO FRUITORE

Dati del richiedente (i dati contrassegnati da * sono obbligatori) (obbligatorio allegare un documento d'identità valido)						
* Cognome			* Nome		* Decorrenza assistenza <input type="checkbox"/> 1.12.2015 <input type="checkbox"/> 1.1.2016	
* Luogo di nascita	Prov.	* Data di nascita	* Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	* Codice Fiscale		
* Indirizzo di residenza	* C.A.P.	* Località/Frazione	* Prov.	* E-mail	* Rec. Telefonico	
* Codice IBAN del richiedente per rimborso spese mediche: _____						
Piano Sanitario		Contributo		Frazionamento del pagamento		
<input type="checkbox"/> BASE 1		<input type="checkbox"/> € 880,00 pro-capite		Tipo Frazionamento: <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> trimestrale (la prima rata sarà comprensiva della quota associativa annuale)		
<input type="checkbox"/> BASE 2		<input type="checkbox"/> € 760,00 single >81 <input type="checkbox"/> € 912,00 single <81 <input type="checkbox"/> € 1.240,00 nucleo >81 <input type="checkbox"/> € 1.690,00 nucleo <81		In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su conto corrente bancario. È possibile il frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40,00 (quaranta/00).		
Riepilogo Quote e contributi						
Quota Associativa Annuale Socio Fruitore (obbligatoria per le adesioni su base volontaria)						<b>€ 15,00</b>
Contributo Annuale del Piano Sanitario prescelto						<b>€ _____,00</b>
<b>TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE</b>						<b>€ _____,00</b>
Modalità di pagamento prescelta						
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario) <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance <b>IBAN: IT 72 V 03359 01600 100000063432</b> <input type="checkbox"/> Bonifico Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance <b>IBAN: IT 57 T 07601 03200 000006284022</b> <input type="checkbox"/> Bollettino di Conto Corrente intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance: <b>CC Numero: 6284022</b> <input type="checkbox"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance						
Dati anagrafici dei Familiari da garantire						
Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale	Sussidio Scelto
Il richiedente dichiara inoltre						
<input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia pregressa <input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie pregresse: _____						
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa <input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse: _____						
Familiare 1		Familiare 2		Familiare 3		Familiare 4
Luogo e Data _____				Firma del Richiedente _____		

### INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 - "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

**1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:**

(a) **finalità istituzionali**, quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE; (b) **finalità gestionali**, quali attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempienze, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività svolta da MUTUA BASIS ASSISTANCE e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.).

**2.** Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" e come tali idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: (a) valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto, autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Winsalute S.r.l. (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta).

**3.** Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: in relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.

**4.** Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme, dello Statuto e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE per porre in essere il rapporto associativo e consentire la gestione del rapporto medesimo. Il mancato conferimento dei dati e della autorizzazione al trattamento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.

**5.** I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casi indicati ai successivi punti 6 e 7.

**6.** I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati, per le finalità indicate ai punti 1 e 2, ai seguenti soggetti:

sogetti ai quali la MUTUA BASIS ASSISTANCE può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI, A.NA.PRO.M., Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;

Winsalute S.r.l., ERV, StemWayBiotech, CoopSalute o altre Società terze alle quali MUTUA BASIS ASSISTANCE può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti ai propri Associati;

altri soggetti terzi, ai fini di adempiere a disposizioni di legge.

I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistiche. Possono, altresì, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di MUTUA BASIS ASSISTANCE o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da MUTUA BASIS ASSISTANCE nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici).

**7.** I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento da parte di MUTUA BASIS ASSISTANCE. Potranno venire a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.

**8.** In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali, ricevere indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità con cui verrà effettuato il trattamento;

avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati";

opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati personali, qualora raccolti a fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

**9.** Il titolare del trattamento è MUTUA BASIS ASSISTANCE, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060-FORMELLO (RM).  
 Con la sottoscrizione della presente Informativa, il richiedente dichiara di aver preso visione della privacy e pertanto:

**Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'Informativa stessa.**  
**Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati** ai soggetti indicati nell'Informativa.

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

Il richiedente

### IL RICHIEDENTE DICHIARA

- di **aver preso visione dello Statuto** e del Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA BASIS ASSISTANCE e del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni previste dal Piano Sanitario prescelto. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di MUTUA BASIS ASSISTANCE ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del relativo contributo relativo al Piano Sanitario.
- Di accettare espressamente che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, nonché relative ad eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera d) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod.Civ., di accettare espressamente:
- **a)** la clausola di cui all'Art. 40 dello Statuto; **b)** La qualifica di Socio, nonché l'adesione al Piano Sanitario - qualora prescelto - ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del CDA di MUTUA BASIS ASSISTANCE successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; ad ogni scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno, in mancanza di disdetta , da inviarsi alla sede legale di MUTUA BASIS ASSISTANCE in forma scritta, ed a mezzo raccomandata a.r. o e-mail pec , da inviarsi almeno 60 giorni prima della relativa scadenza annuale; l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della Quota Associativa e del Contributo relativa al Piano Sanitario prescelto; **c)** Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a MUTUA BASIS ASSISTANCE può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima, inviando lettera raccomandata A/R a MUTUA BASIS ASSISTANCE, Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060-Formello (RM). Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha diritto al rimborso degli importi versati a MUTUA BASIS ASSISTANCE, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, MUTUA BASIS ASSISTANCE storerà dall'importo dovuto il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto al Socio unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di socio o del Piano Sanitario prescelto; **d)** Il Consiglio di Amministrazione di MUTUA BASIS ASSISTANCE a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:
  - modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di MUTUA BASIS ASSISTANCE;
  - variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MUTUA BASIS ASSISTANCE;
  - modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nei Sussidi Sanitari nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, prestazioni di alta diagnostica, etc.).
- In ogni caso, le variazioni di cui sopra:
  - saranno comunicate a tutti gli Associati mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione almeno 90 giorni prima della data in cui avranno effetto le modifiche apportate;
  - avranno effetto dal 1° giorno della successiva annualità di adesione (es. in caso di adesione scadente il 31/12/2014, le variazioni si intenderanno decorrenti dal 01/01/2015) salvo non sia disposto e comunicato diversamente.
- e)** Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MUTUA BASIS ASSISTANCE si riserva la facoltà di richiedere il pagamento di € 2,60, comprensivo di € 1,70 per lo storno RID ed € 0,90 per la richiesta di nuovo addebito.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il richiedente



mutua basis assistance  
 SOCIETA' GENERALE DI MUTUO SOCCORSO - MUTUA BASIS ASSISTANCE  
 Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM) - Cod. Fiscale 97496810587  
 Tel. +39.06.61569774 - info@mbamutua.org

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE  
 DELLE DISPOSIZIONI **SEPA CORE DIRECT DEBIT** <sup>(1)</sup>

RIFERIMENTO MANDATO <sup>(2)</sup>

Cod. Azienda Sia Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore

A	W	2	7	0	
---	---	---	---	---	--

Da compilare a cure del Creditore

**DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE**

Ragione Sociale:	Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
Sede Legale:	Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Italia
Codice Identificativo del Creditore:	IT450010000097496810587

**DATI IDENTIFICATIVI DEL DEBITORE (intestatario del conto corrente)**

Cognome e Nome/Ragione Sociale:	
Indirizzo (via, cap, città, provincia):	
Codice fiscale/Partita IVA:	

**Codice IBAN del conto corrente**

Codice Paese	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente (il campo deve contenere 12 caratteri)

Il Sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa ed il Prestatore di Servizi di Pagamento (di seguito "PSP") ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore. Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.  
**Il Debitore ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto stabilito nel suddetto contratto:** eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito. <sup>(3)</sup>

**DATI IDENTIFICATIVI DEL SOTTOSCRITTORE** <sup>(4)</sup>  
 (da compilare solo se il sottoscrittore non coincide con il titolare del conto corrente)

Cognome e Nome:	
Codice fiscale/Partita IVA:	

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del Debitore \_\_\_\_\_

**REVOCA**

Il Debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/cv sopra riportata, relativa agli addebiti diretti RID inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda stessa.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del Debitore \_\_\_\_\_

N.B.: i diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: <b>Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance</b> <b>Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM)</b> <b>Tel 06.61569774 - Fax 06.61568364</b> <b>e al Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) <sup>(3)</sup></b>	RISERVATO AL CREDITORE
---	------------------------

**Note**

- 1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'accettazione da parte del Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore.
- 2) Il codice di Riferimento Mandato è un codice univoco fornito da Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance al Debitore in fase di sottoscrizione della domanda di adesione
- 3) A titolo esemplificativo, possono essere PSP le banche, Poste Italiane S.p.A., gli istituti di moneta elettronica e gli istituti di pagamento autorizzati.
- 4) Nel caso di c/c intestato a persona giuridica il sottoscrittore coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica il sottoscrittore coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.



mutua basis assistance  
**Società di Mutuo Soccorso**

Sede Operativa: Via di Santa Cornelia, 9  
Formello (RM) cap 00060  
www.mbamutua.org info@mbamutua.org

# Sanità Integrativa

Mutua MBA ha riservato dei piani sanitari a disposizione degli Associati  e loro familiari

## Sussidi per tutti

### INTERVENTI

Al centro del progetto sanitario vi è il rimborso delle spese sostenute durante un ricovero, con o senza intervento, compreso Day Hospital e intervento ambulatoriale

### VISITE

Le visite dagli specialisti di settore, saranno rimborsate in base al massimale previsto.

### DIAGNOSTICA

Un massimale a disposizione per le spese sostenute per esami strumentali.

### TICKET

Rimborso fino al 100% delle spese sostenute per il pagamento dei Ticket Sanitari.

**PARTO/DIARIE** Sono compresi un massimale riservato al parto e una diaria sostitutiva in caso di ricovero in ospedale pubblico.



## Single o Nucleo Familiare

### CONSERVAZIONE STAMINALI

Le cellule staminali sono una vera "seconda vita", il più bel regalo per il vostro bambino.

La conservazione delle cellule staminali avviene in Belgio a -160° dove arriveranno entro 48h dal parto e dove saranno conservate per 20 anni.

Prenota una consulenza chiamando il n° verde della Mutua Basis Assistance



## I VANTAGGI DELLA CONVENZIONE CON MUTUA BASIS ASSISTANCE

... La Salute è un dovere (Oscar Wilde)

## MBA

- Mutua Basis Assistance è una società generale di mutuo soccorso "senza scopi di lucro"
- Oltre 300.000 Assistiti
- Network convenzionato 1.560 presidi sanitari e oltre 15.000 medici professionisti specialisti.
- Iscritta all' ANSI (Associazione Nazionale Sanità Integrativa)
- Mutua MBA è sottoposta alla vigilanza del "Ministero dello sviluppo economico"
- Registrata "all'anagrafe dei fondi sanitari" come da disposizione legislativa.

Mutua Basis Assistance  
e' associata ad ANSI  
Associazione Nazionale Sanità  
Integrativa

## MBA)

Winsalute, è il punto di riferimento di tutti gli Associati.

Basterà chiamare il n° verde per prenotare visite, esami, ricoveri o semplicemente ricevere assistenza sulla comprensione del sussidio o ricerca clinica convenzionata.

**Consulta l'elenco delle strutture convenzionate all'indirizzo:**

**[www.winsalute.it](http://www.winsalute.it)**



**Detraibilità fiscale del 19%** (art.15 TUIR)

**Nessuna disdetta dalla Mutua.**


**Nucleo senza distinzione di numero, anche con figli fino a 26 anni di età.**

**Nessun questionario in entrata** (pregresse sempre escluse. Carenze: Infortuni, no carenza. Malattia 30gg, per le improvvise, 180gg per le malattie non note e 300gg per il parto)

**Frazionamento anche trimestrale senza interessi aggiunti.** (primi 3 mesi anticipati)

**Centrale salute dedicata**

Per informazioni rivolgersi al:

- SAB di appartenenza
- Resp.  Roberto Garagiola coord. nazionale esodati e pensionati garagiola.fabih@hotmail.it oppure 342.9433650

### IMPORTANTE

- LA DECORRENZA DEL PIANO SANITARIO E' ASSOGGETTATA AL RAGGIUNGIMENTO - ENTRO IL 30.11.2015 - DI UN MINIMO DI ADESIONI. Al riguardo MBA provvederà ad inoltrare ad ogni richiedente idonea informativa
- INDICARE NELL'APPOSITO SPAZIO DELLA DOMANDA DI ADESIONE LA DECORRENZA DESIDERATA: 1° DICEMBRE 2015 OVVERO 1° GENNAIO 2016
- NUMERO DEDICATO 06.90405348



GARANZIE OSPEDALIERE	BASE 1 - FABI
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico</b>	<b>€ 100.000</b>
- compreso Day Hospital/ Day Surgery - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Parto Naturale (*) - sub max annuo	€ 2.600
- compreso Parto Cesareo/Aborto Terapeutico - sub max annuo	€ 5.000
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Interventi Chirurgia Refrattiva e Trattamenti con Laser ad eccimeri (**)- sub max annuo	€ 1.500
In Rete (forma diretta) - quota spesa a carico	€ 800 per ricovero
Fuori Rete/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 1.200 per ricovero
<b>Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) - Max annuo elevato a</b>	<b>€ 150.000</b>
In/Fuori Rete	al 100%
<b>DI CUI</b>	
<i>Pre ricovero con/senza intervento (in/fuori rete)</i>	120gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	SI
<i>Durante il ricovero (in/fuori rete)</i>	
- retta di degenza per GIC	al 100%
- retta di degenza per ricoveri in convenzione diretta	al 100%
- retta di degenza per ricoveri non in totale regie di convenzione diretta	max € 200/g, restante parte rimborsata al 50%
- retta accompagnatore - sub max annuo	€ 55/g max 30gg
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI
- assistenza medica ed infermeristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero	SI
- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche durante il ricovero per ricoveri senza intervento	SI
<i>Post ricovero con intervento (in/fuori rete)</i>	120gg
- esami, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche	SI
- prestazioni finalizzate al recupero della salute, quali cure termali (escluse alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni infermieristiche	SI
<i>Post ricovero senza intervento (in/fuori rete)- escluso Day Hospital</i>	120 gg solo per terapie oncologiche
<i>Post ricovero senza intervento (in/fuori rete)- solo per Day Hospital</i>	120gg
Trasporto Sanitario (***)-max annuo	€ 1.035 per evento
Rimpatrio salma- Max Annuo	€ 1.550
Indennità Sostitutiva	€ 100/g max 300 gg all'anno
<b>Alta Diagnostica (da elenco) e Visite Specialistiche (*) - max annuo</b>	<b>€ 3.300,00</b>
In/Fuori Rete - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile €50 per prestazione
Ticket	al 100%
<b>Protesi ortopediche ed acustiche - max annuo</b>	<b>€ 1.035,00</b>
<b>Lenti e occhiali - max annuo</b>	<b>€ 300, sub max pro-capite € 105</b>
Quota Spesa a carico dell'assistito	€ 25 pe fornitura
<b>Cure dentarie da infortunio - max annuo</b>	<b>€ 1.550,00</b>
Percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile di € 50 per ciclo di cura
<b>Cure Oncologiche - max annuo</b>	<b>€ 6.000,00</b>
<b>Centrale Salute per Supporto Copertura</b>	SI
<b>Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)</b>	SI
<b>Contributo Procapite Titolare -Coniuge - Figli</b>	<b>€ 880,00</b>
Quota Associativa annua	€ 15,00

*I massimali indicati si intendono per nucleo, salvo diverse indicazioni. Il massimale di € 100.000 rappresenta il limite massimo di assistenza.*

*L'assistenza è operante fino a 75° anno di età; l'Assistito e/o gli Assistiti che abbiano compiuto il 75° anno di età e che intendano proseguire l'assistenza, dovranno compilare ed inviare – non oltre il termine del mese nel quale hanno compiuto i 75 anni - apposito questionario anamnestico.*

(\*) Per il parto fisiologico, non previste pre e post ricovero.

(\*\*) In caso di anisometria superiore a quattro diottrie o deficit visivo pari o superiore a sei diottrie per ciascun occhio.

(\*\*\*) Trasporto sanitario all'estero e ritorno, in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore.

(\*) previste le seguenti garanzie: onorari medici per vis. spec. con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche; analisi ed esami diagnostici (ad esclusione di quelli previsti nell'elenco dell'alta diagnostica).



GARANZIE OSPEDALIERE		BASE 2 - FABI	
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>		<b>€ 100.000,00</b>	
In Rete (in Network)		al 100%	
Fuori Rete (Out Network)		percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento	
Misto		per la parte in rete come da "In Network", per la parte fuori rete come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero - accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.200 per ricovero SI	
Durante il ricovero - retta di degenza - in/fuori rete - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento - medicinali ed esami - assistenza medica ed infermeristica - apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento - trattamenti fisioterapici e rieducativi - retta accompagnatore		max € 100/g si si si si si € 50 max 20gg	
Post ricovero - esami diagnostici e visite specialistiche - prestazioni mediche - trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub massimale - medicinali (con prescrizione medica) - sub massimale - cure termali (escluse spese alberghiere) - assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.200 per ricovero si si € 180 per ricovero € 125 per ricovero si € 26 max 40 gg annui	
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 120 max 90 gg	
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 60 max 45 gg	
<b>Altri Interventi Chirurgici Compresi</b>		<b>al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)</b>	
- Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo		€ 4.000- previste spese pre e post	
- Parto Naturale - sub max annuo		€ 2.000, no spese pre/post	
- Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo		€ 2.500, no spese pre/post	
- Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 1.500,00- previste spese pre e post	
- Cellule Staminali - sub max anno dell'agARANZIA "parto"		€ 1.500	
<b>Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici - in/fuori rete</b>		<b>percentuale di spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento</b>	
- Appendicectomia - comprese spese pre e post		SI	
- Interventi al naso (salvo infortuni documentati) - comprese spese pre e post		SI	
- Ernie (escluse ernie discalidella colonna vertebrale) - comprese spese pre e post		SI	
- Colecistectomia - comprese spese pre e post		SI	
- Meniscectomia - comprese spese pre e post		SI	
- Legamenti crociati - comprese spese pre e post		SI	
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>			
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>		€	<b>3.500</b>
In Rete (forma diretta e indiretta)		percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Fuori Rete		percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione	
<b>- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo</b>		€	<b>100</b>
In Forma indiretta		al 100%	
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b>		€	<b>2.000</b>
<i>- escluse dalle garANZIE previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>			
In Rete (forma diretta e indiretta)		percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Fuori Rete		percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)		al 100%, sub max annuo € 700	
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>		€	<b>150</b>
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione	
<b>PREVENZIONE</b>			
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>		<b>€ 150</b>	
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>		<b>€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento</b>	
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>			
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.000,00	
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.000,00	
<b>SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE</b>			
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI	
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI	
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI	

età ingresso fino a 75 anni uscita max 81 over 81

<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b>		€ 760,00	€ 912,00
Quota Associativa Annuo		+ € 15	+ € 15
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b>		€ 1.240,00	€ 1.690,00
Quota Associativa Annuo		+ € 15	+ € 15

**Modulo di adesione alla Convenzione K100000421 stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente  
SAB Monza - FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani).**

**CONTRAENTE**

Denominazione Sociale <b>SAB Monza – FABI, Via Vittorio Emanuele, 36 – 20900 Monza</b>			N° Polizza Collettiva <b>K100000421</b>	
<b>Vedi tabella €</b>	<b>01/ /</b>	<b>€</b>	<b>31/12/20</b>	<b>€</b>
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: Coniuge/Convivente more uxorio/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 <b>M F</b>
e-mail	Tel. Ufficio:		Cell:		

**TIPO DOCUMENTO DA ALLEGARE**

Tipo documento	N°	Luogo rilascio
Data rilascio	Data scadenza	


**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 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 dell'Assicurato 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 sottostante questionario sanitario. **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.**

L' Assicurando \_\_\_\_\_ 

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

Luogo e data \_\_\_\_\_ 

L' Assicurando \_\_\_\_\_ 

**Avvertenza (ai sensi dell' art. 166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni).** Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 – Prestazioni; Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art. 13 – Beneficiari.



## QUESTIONARIO LTC

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  SI  NO

**Se risposta SI:** 1.1) Quali? \_\_\_\_\_  
1.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 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.  SI  NO

**Se risposta SI:** 2.1) Quali? \_\_\_\_\_  
2.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 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.  SI  NO

**Se risposta SI:** 3.1) Quali? \_\_\_\_\_  
3.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 4) Soffrire o di aver sofferto di: **Tumore maligno o cancro:**  SI  NO

**Se risposta SI:** 4.1) Quali? \_\_\_\_\_  
4.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 5) Beneficiare di **esenzione totale dal ticket sanitario** in ragione di patologie croniche e/o rare oppure di aver fatto richiesta per ottenerla.  SI  NO

**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 \_\_\_\_\_

- 6) Avere avuto riconosciuta una **pensione di invalidità superiore od uguale al 10%** oppure di averne già fatto richiesta.  SI  NO

**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 \_\_\_\_\_

- 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.  SI  NO

**Se risposta SI:** 7.1) Quali? \_\_\_\_\_  
7.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 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.  SI  NO

**Se risposta SI:** 8.1) Quali? \_\_\_\_\_  
8.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 9) doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico, o ad essere ricoverato in ospedale  SI  NO

**Se risposta SI:** 9.1) Quali? \_\_\_\_\_  
9.2) Quando? \_\_\_\_\_

L' Assicurando \_\_\_\_\_

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

L' Assicurando \_\_\_\_\_

**Avvertenza (ai sensi dell' art. 166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni).** Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 – Prestazioni; Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art. 13 – Beneficiari.

## DA RITORNARE FIRMATO

### MODELLO UNICO DI INFORMATIVA PRECONTRATTUALE EX ART. 49 REGOLAMENTO IVASS ex ISVAP 5/2006

Numero polizza

Compagnia

Decorrenza ...../...../.....

#### SEZIONE A (ex modello 7A)

#### COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS ex ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- 1) 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 al contraente** copia del documento (Sezione B - ex allegato 7B del regolamento IVASS ex ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- 2) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **illustrano al contraente** - 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;
- 3) **sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati** alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- 4) **informano il contraente** 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 dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- 5) **consegnano al contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto**;
- 6) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, **i seguenti mezzi di pagamento**:
  - a) **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;
  - b) 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**;
  - c) 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.

#### SEZIONE B (ex modello 7B)

#### INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO, NONCHE' IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE

##### AVVERTENZA:

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

#### PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente e sul Broker che intermedia il contratto

<b>Sede Legale ed operativa AON</b>
Via A. Ponti, 8/10
20143 Milano
Tel. 02.45434648
Fax. 02.45434569
<b>PARISI Andrea Alessandro</b> numero e data di iscrizione nel RUI (Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi), con l'indicazione della relativa sezione e della veste in cui il soggetto opera; numero iscrizione B000118848 - data iscrizione 12/03/2007 - iscritto alla Sezione B - il soggetto opera quale Amministratore Delegato di AON SpA iscritta nella Sezione B al numero B000117871 alla data 12.03.2007

- 1) denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti .....
- 2) i dati identificativi e di iscrizione degli Intermediari, sopra forniti, possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) sul sito IVASS ex ISVAP : [www.ivass.it](http://www.ivass.it) - Autorità competente alla vigilanza: IVASS ex ISVAP  
Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA .

**PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi**

**2.1 Informazioni generali**

Si precisa che:

- a) Il Broker sopra riportato **NON DETIENE** nessuna partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione ;
- b) **NESSUNA** Impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica o meno di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto del soggetto che entra in contatto con il Cliente e/o il Broker indicato ;
- c) con riguardo al contratto proposto dal Broker dichiarano di :  
 > essere in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. In tal caso su richiesta del contraente, indica la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali ha o potrebbe avere rapporti d'affari, fermo restando l'obbligo di avvisare il contraente del diritto di richiedere tali informazioni. Il cliente ha quindi il diritto di chiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con i quali il Broker ha o potrebbe avere rapporti di affari;

**2.2 Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dalle imprese per i contratti RCA**

(in attuazione alle disposizioni dell'art. 131 del Codice delle Assicurazioni ed all'art. 9 del Regolamento di attuazione 23/2008 emanato dall' IVASS ex ISVAP che disciplinano la trasparenza dei premi e delle condizioni del contratto nell'assicurazione obbligatoria veicoli e natanti)

Le provvigioni in cifra fissa ed in percentuale sul premio lordo, riconosciute per il contratto proposto, cui la presente informativa si riferisce, sono rilevabili dal preventivo o dallo stesso contratto. Nel caso di contratto intermediato tramite Agenzia della Impresa di Assicurazione, le provvigioni indicate sono quelle riconosciute dall'Impresa di Assicurazione alla sua Agenzia, mentre quelle riconosciute da quest'ultima ai brokers, sono parte delle precedenti e non rappresentano quindi un aumento del premio.

Trattandosi di contratti di assicurazione della responsabilità civile auto, la misura in valore assoluto ed in percentuale delle provvigioni o dei compensi riconosciuti dall'impresa, o distintamente, dalle imprese in relazione alle polizze offerte è il seguente € ..... pari al .....% del premio imponibile.

**PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente**

Si precisa che:

- a) ai sensi dell'art. 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 ,i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;
- b) l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- c) il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà di rivolgersi al "Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione" istituito presso la **CONSAP, Via Yser n. 14 - 00198 Roma** (tel: 0039 06-857961), per chiedere, laddove ne esistano i presupposti ed il diritto di farlo, il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dell'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punti : sempre il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria, di proporre reclamo all' IVASS ex ISVAP;
- d) presenza o meno di un accordo per incassare i premi tra Biverbroker e l'impresa di cui si intermedia il contratto (la denominazione sociale della Compagnia è ..... - ; si evidenziano le relative conseguenze per il contraente ai sensi dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni private.

<p><b>In caso di sussistenza dell'accordo con l'impresa o con l'agenzia, ratificato dall'impresa in corso di validità che autorizza l'intermediario ad incassare i premi</b></p>	<p><b>In caso di mancanza dell'accordo con l'impresa o di sussistenza dell'accordo con l'agenzia NON ratificato dall'impresa in corso di validità che autorizza l'intermediario ad incassare i premi</b></p>
<p><b>Il pagamento del premio</b>          eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d. lgs. 209/2005  <b>ha effetto liberatorio</b>          nei confronti del contraente e conseguentemente  <b>impegna</b>          l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.</p>	<p><b>Il pagamento del premio</b>          eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d. lgs. 209/2005  <b>NON ha effetto liberatorio</b>          nei confronti del contraente e conseguentemente  <b>NON impegna</b>          l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.</p>
	<p><i>In tal caso, l'effetto liberatorio nei confronti del contraente e la copertura assicurativa oggetto del contratto decorrono dalla data riportata sulla quietanza rilasciata dall'impresa</i></p>

<b>Impresa di Assicurazione</b>	Accordo con autorizzazione di incasso	Efficacia liberatoria (specificare se si riferisce anche ai collaboratori)	
	<del>SI</del>	SI	
<b>Agenzia</b>	Accordo con autorizzazione di incasso	Ratifica dell'impresa	Efficacia liberatoria (specificare se si riferisce anche ai collaboratori)
	<del>SI</del>	SI / NO	SI / NO

e) Collaborazione con altro Brokers (da inserire ove necessario)  
 Si informa il cliente che l'intermediazione di questo contratto è effettuata da:

Ragione Sociale	Numero di iscrizione al RUI	Data di iscrizione al RUI
AON SPA	B000117871	12.03.2007

In questo caso il pagamento del premio non ha effetto liberatorio, ai sensi dell'art. 118 c.a.p. e 55 Reg. IVASS ex ISVAP. La copertura è pertanto subordinata all'assolvimento degli obblighi assunti dal brokers nei confronti del collega che ha il rapporto con gli assicuratori, purchè quest'ultimo abbia ricevuto autorizzazione all'incasso dei premi ai sensi degli artt. 118 C.A.P. E 55 Reg. IVASS ex ISVAP

**AON & BIVERBROKER**

<b>Cognome e Nome o Ragione sociale del Contraente:</b>			
.....			
Data Nascita:	Comune nascita:	Provincia nascita:	
Codice fiscale:	Partita IVA:		
<b>Residenza o Sede legale</b>			
Indirizzo:	CAP:	Località:	Provincia:

**dichiara:**

- di aver ricevuto esaustiva e comprensibile informativa in merito a tutto quanto precede, anche in relazione alle notizie sull'intermediario, agli strumenti di tutela dei miei interessi;
- di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatami; pertanto esprimo una proposta irrevocabile volta ad ottenere l'emissione della polizza conforme alle esigenze ed ai bisogni espressi nella "Scheda di adesione/questionario";
- di aver avuto esaustiva e comprensibile informativa sui quesiti e sulle richieste di chiarimenti formulati da rendere anche prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche;
- di aver verificato che le mie richieste precontrattuali sono state prese in considerazione e debitamente tenute in conto nella proposta formulata, che risponde alle mie aspettative, per come manifestate e nei limiti dei prodotti reperibili sul mercato.
- In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS ex ISVAP n. 5 del 16.10.2006, di aver ricevuto il modello Unico – Sezioni A e B
- In caso di contratto RCA, in ottemperanza all'art. 9 comma 4 del Regolamento IVASS ex ISVAP 23/2008, dichiara altresì di avere ricevuto la tabella contenente le informazioni sul livello provvisionale percepito dall'Impresa di Assicurazione o dall'Agenzia dell'Impresa di Assicurazione con cui AON & Biverbroker hanno rapporti di affari nel ramo RCA, così come viene indicato al punto 2.2 della Sezione B

Li, \_\_\_\_\_, Letto, confermato e sottoscritto \_\_\_\_\_.

## DA RITORNARE FIRMATO

### INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL D.LGS. 30.06.2003 N° 196

"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

#### Tutela dei dati personali

Ai sensi del D.LGS. 30.06.2003 N° 196, recante disposizioni relative alla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei propri dati personali", AON in qualità di "Titolare" del trattamento, informa l'utente che i dati personali dallo stesso forniti ed acquisiti contestualmente (a) alla richiesta di informazioni in merito ai servizi offerti da tale impresa (b) al momento della navigazione sul Sito attraverso i c.d. "log" di sistema, verranno trattati per gli scopi di seguito indicati:

- 1) finalità strettamente connesse e/o necessarie alla soddisfazione delle richieste formulate, di volta in volta, dall'utente attraverso il Sito o a mezzo e-mail od altro strumento di comunicazione;
- 2) finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;
- 3) finalità funzionali all'attività svolta da AON quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: rilevazione del grado di soddisfazione dei clienti sulla qualità dei servizi resi e sull'attività svolta, eseguita direttamente ovvero tramite società specializzate mediante interviste personali o telefoniche, questionari, etc.; invio di newsletter e materiale promozionale avente ad oggetto i servizi offerti dalla Società appartenenti ad AON; ricerche di mercato; analisi economiche e statistiche.

In relazione alle finalità indicate in precedenza, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità in questione e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il trattamento potrà essere svolto per conto di AON, con le medesime modalità e criteri poc'anzi menzionati, da terzi che forniscono servizi di elaborazione dei dati o svolgono attività complementari o necessarie all'esecuzione dei servizi e delle operazioni richieste dall'utente. Inoltre, qualora ciò sia necessario al fine del soddisfacimento delle richieste dell'utente, i dati dello stesso potranno essere comunicati ai dipendenti della Società appartenente ad AON, ad altri uffici di tale impresa o a società, anche straniere, controllate, collegate, consociate alla stessa.

I dati verranno custoditi all'interno della UE, su server di proprietà della Società appartenente ad AON o di altre società, controllate, collegate, consociate alla stessa o di terzi fornitori.

Con riferimento alle finalità sopra indicate, AON informa che il conferimento dei dati è facoltativo per i trattamenti non funzionali all'attività della società mentre è obbligatorio per le finalità sub 1) e 2) con la conseguenza che, in queste ultime ipotesi, un eventuale rifiuto di conferimento determinerà l'impossibilità per AON di soddisfare le richieste degli utenti.

In considerazione di quanto sopra, con riferimenti ai trattamenti di cui al precedente numero 3), le Società appartenenti ad AON richiederanno di volta in volta all'utente, tramite apposite maschere collocate sul Sito, di prestare il consenso all'esecuzione di tale tipo di trattamento.

AON informa, infine, che il D.LGS. 30.06.2003 N° 196, conferisce agli utenti che forniscono i propri dati personali specifici diritti. In particolare, l'utente può ottenere dal titolare o dall'eventuale responsabile la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se sussiste interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per qualunque comunicazione relativa al trattamento dei dati svolto dalle Società appartenenti ad AON, l'interessato può rivolgersi al seguente indirizzo: [privacy@aon.com](mailto:privacy@aon.com)

Al fine di venire a conoscenza di variazioni o modifiche nelle policies relative alla privacy seguite da AON, dovute, in via principale, a mutamenti normativi, è opportuno che l'utente consulti costantemente il presente documento.

**AON & BIVERBROKER**

Lì, \_\_\_\_\_, Letto, confermato e sottoscritto \_\_\_\_\_.