



| Cognome eNome | Grado parentela<br>C coniuge<br>Convivente<br>F - figlio | Data di nascita | Luogo di nascita | Codice fiscale | Ha sottoscritto anche la copertura Integrativa 2019-2021 (SI/NO)? |
|---------------|--|-----------------|------------------|----------------|---|
|               |  |                 |                  |                |   |
|               |  |                 |                  |                |   |
|               |  |                 |                  |                |   |
|               |  |                 |                  |                |   |

Il premio complessivo, pari a € \_\_\_\_\_/00 corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonifico bancario intestato a:

**Previass II - Cassa Interaziendale**  
**IBAN: IT54T031380100000013263363**

La causale dovrà riportare: **Cognome e Nome dell'iscritto, Codice Fiscale e la dicitura "ESTENSIONE RISCHIO COVID"**.

Copia del bonifico e del modulo di adesione andranno inviati congiuntamente al numero di fax 178-2215562 oppure all'indirizzo e-mail: **affarispeciali@realemutua.it**

**Garanzia COVID-19:** la prestazione "indennità sostitutiva" prevista dall'art. 4.4.5 del Piano Sanitario Base si intende erogata anche nei seguenti casi:

- Ricovero in struttura ospedaliera a seguito di positività a tampone molecolare SarsCov2 e reso necessario da sintomi causati da COVID-19;
- Ricovero domiciliare - con il limite di erogazione pari a massimo 10 giorni per evento – a seguito di positività al tampone molecolare SarsCov2 e reso necessario da sintomi causati da COVID-19.

Ai fini della presente garanzia:

- per sintomi causati da COVID-19 si intendono tutti quelli diversi da temperatura e/o dolori muscolari e/o tipici sintomi influenzali, oltre alla perdita di olfatto e/o gusto che sono sintomi tipici che possono permanere per lungo tempo. La garanzia pertanto non opera per soggetti asintomatici o paucisintomatici;
- per ricovero domiciliare – in linea con l'evoluzione dello scenario epidemiologico, che ha comportato l'adozione, da parte dell'Autorità Sanitaria, di provvedimenti alternativi al ricovero e rivolti a pazienti con sintomatologia tale da richiedere il costante monitoraggio e cure/terapie a domicilio - si intende l'attivazione di uno dei provvedimenti di seguito indicati:
  - o USCA – Unità Speciale di Continuità Assistenziale: struttura di raccordo, gestita dalle amministrazioni regionali sanitarie e resa necessaria a seguito del sovraffollamento delle strutture ospedaliere a causa dell'emergenza Sars-Cov-2, con lo scopo di garantire il presidio e l'erogazione di prestazioni sanitarie in ambito domiciliare;
  - o sorveglianza sanitaria attiva domiciliare: certificazione della prognosi e monitoraggio quotidiano del decorso terapeutico prescritto dal personale medico.

La suddetta garanzia non cumula con la copertura prevista dal Piano Sanitario Integrativo. In altri termini, qualora l'Assicurato che usufruisca della garanzia di cui alla presente offerta in seguito a ricovero ospedaliero per COVID-19 abbia acquistato anche il Piano Sanitario Integrativo, nessun indennizzo sarà dovuto da Reale Mutua su quest'ultima polizza; analogamente, qualora a seguito del suddetto ricovero fosse stato attivato il Piano Sanitario Integrativo, l'Assicurato non avrà diritto all'erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dalla presente offerta.

### Modalità di utilizzo della garanzia

**Modalità di denuncia dei sinistri COVID-19:** Ogni Assicurato potrà caricare all'interno della propria area Riservata di Blue Assistance la domanda di indennità da COVID-19 o inviare il modulo denuncia sinistro polizza base cartaceo.

In caso di caricamento tramite Area Riservata, l'Assicurato dovrà cliccare sulla casella "RICOVERO" e, a seguire, "INDENNITA'" indicando come data inizio e fine ricovero le date in cui sono stati effettuati i tamponi.

Alla domanda di indennità, salvo ulteriori richieste di integrazione della Compagnia Reale Mutua Assicurazioni anche tramite BLUE ASSISTANCE, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- referto del tampone molecolare attestante la positività e, se già disponibile, referto del tampone di controllo per la negativizzazione;
- la documentazione medica rilasciata dall'ASL/ATS: cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero, documentazione che attesti la sintomatologia e l'attivazione di uno dei provvedimenti sanitari tipici del ricovero domiciliare come sopra definito.

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

Nome e Cognome del titolare di polizza \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato (leggibile)** \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE ESTENSIONE COPERTURA AL SOLO RISCHIO COVID-19

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

**PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.**

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

1) E' interessato alla protezione prevista dall'estensione della copertura al solo rischio Covid-19 per i suoi familiari? SI  NO

---

2) I suoi familiari NON hanno già altre coperture per Rischio Covid?  
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano. SI  NO

---

3) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti? SI  NO

---

4) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI  NO

---

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

**Firma** (leggibile) \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE ESTENSIONE COPERTURA AL SOLO RISCHIO COVID-19

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

**A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:**

Gentile Iscritto,  
avendo Lei risposto SI a tutte le domande del questionario, la copertura al cosiddetto “Rischio Covid-19” risulta adeguata. Proceda con l’acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo “Modalità di Pagamento” disponibile sul sito della Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell’interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_

**B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:**

Gentile Iscritto,  
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.  
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunquestipulare il contratto.  
Proceda con l’acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo “Modalità di Pagamento” disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell’interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_

**C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta ed ha risposto a tutte le domande:**

Gentile Iscritto,  
in relazione alla risposta negativa da Lei fornita ad almeno una domanda, la proposta assicurativa potrebbe non risultare potenzialmente adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.

Apponendo comunque la firma nello spazio sottostante, lei dichiara di voler stipulare il contratto pur essendo consapevole che l’estensione della copertura al rischio Covid-19 potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.

In tal caso, proceda con l’acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo “Modalità di Pagamento” disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it). Qualora ritenesse necessario avere ulteriori chiarimenti, scriva una mail a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

**Firma dell’interessato** (leggibile) \_\_\_\_\_

## Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679

**1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altri menti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.

**2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

**3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

**4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situato anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, potranno, infine, essere comunicati al contraente della polizza assicurativa, di cui l'interessato è beneficiario, per darvi esecuzione. I dati personali acquisiti non saranno, in ogni caso, soggetti a diffusione.

**5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

**6. Diritti dell'interessato** (artt. 12-23 del Regolamento) - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it). Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpo@realemutua.it](mailto:dpo@realemutua.it).

**7. Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

**RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (da restituire firmata)**

Il sottoscritto:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Estremi della polizza a cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di Assicurazione

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Ramo

MALATTIA

N° Polizza\*

2019/05/2845655

Decorrenza Estensione Copertura Rischio Covid-19

01/03/2021 – 31/12/2021

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018, dichiara di avere ricevuto la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

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

**Firma dell'Interessato** \_\_\_\_\_

Si prega vivamente di **restituire la presente ricevuta** compilata e sottoscritta, unitamente a tutta la restante documentazione prevista per il modulo di adesione all'indirizzo email [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178-2215562.