

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

IL MODULO DI ADESIONE SI COMPONE DI OTTO PAGINE CHE DEVONO ESSERE COMPILATE IN OGNI PARTE PER POTER PERMETTERE L'ADESIONE ALLA COPERTURA INTEGRATIVA SIA ALLA FORMULA SINGLE CHE FAMILY:

PRIMA PAGINA

1. PORRE NOME, COGNOME E FIRMA NEL RIQUADRO “CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI”;
2. BARRARE LA CASELLA “PENSIONATO O TITOLARE DI PENSIONE NOTARILE”;
3. COMPILARE INTEGRALMENTE LA SEZIONE CON COGNOME, NOME, CODICE FISCALE, SESSO, DATA DI NASCITA, INDIRIZZO DI RESIDENZA, CAP, COMUNE, PROV., NAZIONE, E-MAIL (NO PEC), TELEFONO FISSO, CELLULARE;
4. BARRARE LA CASELLA CON IL CONTRIBUTO ANNUO DI PROPRIO INTERESSE.

SECONDA PAGINA

1. COMPILARE INTEGRALMENTE IL RIQUADRO PER CIASCUN FAMILIARE A FAVORE DEL QUALE SI VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA (ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI ADESIONE ALLA FORMULA FAMILY).

TERZA PAGINA

1. INSERIRE NEI TRATTINI “€ _ _ _ _ , _ _” L'IMPORTO COMPLESSIVO DEL CONTRIBUTO PER LA PRIMA ANNUALITA' IN BASE ALLA “TABELLA CONTRIBUTI” PRESENTE NELLA STESSA PAGINA;
2. BARRARE UNA DELLE TRE CASELLE IN RELAZIONE ALLA SCELTA SUL TIPO DI PAGAMENTO CHE SI INTENDE EFFETTUARE;

3. PORRE DATA E FIRMA ALLA FINE DELLA PAGINA.

QUARTA PAGINA

1. NEL CASO IN CUI, ALLA PAGINA 3, SI SIA OPTATO PER IL PAGAMENTO A MEZZO SDD, COMPILARE IL MODULO DI AUTORIZZAZIONE SDD NELLO SPECIFICO IL RIQUADRO DEL “DATI DEL DEBITORE” CON I PROPRI RIFERIMENTI INCLUSO IBAN E BANCA. IL CODICE SWIFT DEVE ESSERE INDICATO SOLO IN CASO DI BONIFICI ESTERI;
2. INSERIRE COGNOME, NOME, CODICE FISCALE DEL SOTTOSCRITTORE;
3. PORRE LUOGO, DATA E FIRMA ALLA FINE DELLA PAGINA.

N.B: si precisa che il modulo di autorizzazione S.D.D. non deve essere vidimato dalla propria Banca.

QUINTA PAGINA

1. BARRARE LE CASELLE DEL QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE COME SEGUE:
 - a. Nel caso in cui si sia interessati alla sottoscrizione del piano sanitario integrativo e non si abbiano altre coperture assicurative RISPONDERE SI A TUTTE LE DOMANDE;
 - b. Nel caso in cui si sia interessati alla sottoscrizione del piano sanitario single e non si abbiano altre coperture assicurative si può apporre alle domande 2 -3 - 6 - la crocetta sul NO;
 - c. oppure scegliere di non apporre nessuna risposta;
2. E' COMUNQUE OBBLIGATORIO, IN QUALSIASI CASO, PORRE LUOGO, DATA E FIRMA ALLA FINE DELLA QUINTA PAGINA.

N.B.: il Questionario non è vincolante ai fini della sottoscrizione, ma nasce con lo scopo di far assumere agli assicurati consapevolezza circa

l'adeguatezza del prodotto offerto alle proprie esigenze, sia che ci si trovi nella condizione di Single che in quella di Family.

SESTA PAGINA

1. BARRARE IL PRIMO RIQUADRO NEL CASO IN CUI SI RISPONDA SI A TUTTE LE DOMANDE DEL QUESTIONARIO POSTO NELLA QUINTA PAGINA E PORRE LUOGO, DATA E FIRMA;
2. BARRARE IL SECONDO RIQUADRO NEL CASO IN CUI NON SI RISPONDA AD UNA O PIU' DOMANDE DEL QUESTIONARIO POSTO NELLA QUINTA PAGINA E PORRE LUOGO, DATA E FIRMA
3. PORRE LUOGO, DATA E FIRMA NEL TERZO RIQUADRO SE HA INDICATO NO ALMENO AD UNA O PIU' DOMANDE DEL QUESTIONARIO POSTO NELLA QUINTA PAGINA.

SETTIMA PAGINA

1. DA LEGGERE CON ATTENZIONE.

OTTAVA PAGINA

1. COMPILARE INTEGRALMENTE CON I PROPRI DATI;
2. PORRE LUOGO, DATA E FIRMA ALLA FINE DELLA PAGINA.

Il modulo di adesione nella sua completezza delle 8 pagine dovrà essere inviato al seguente indirizzo email: affarispeciali@realemutua.it oppure, in alternativa, al numero di fax 178-2215562.

Non sarà necessario svolgere ulteriori operazioni con la propria Banca.