

DICHIARAZIONI E CONSENSI

Spettabile
Double S Insurance Broker S.p.A.
Via Mazzini, 3
07100 - Sassari

Il sottoscritto:

Cognome e Nome / Ragione sociale _____

Nato a _____

il _____

C.F. _____

P.IVA _____

Residenza / sede legale _____

CAP _____

Località _____

Provincia _____

Email _____

Estremi della polizza o dell'appendice cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di assicurazione

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Ramo

MALATTIA

N° Polizza

2016/05/2650123

Decorrenza

31/12/2021

Il/La Sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 9 del Reg. Ivass n. 41, in merito al proprio diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso all'area riservata Blue Assistance e aver ricevuto, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni di legge ed in particolare:

a) il Set Informativo (contenente, tra l'altro, le Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario, DIP e DIP Aggiuntivo, e l'Informativa per il trattamento dei dati personali) che, peraltro è sempre a disposizione sul sito <https://www.cnpadc.it/la-cassa-per-me/convenzioni/salute-e-benessere/polizza-sanitaria.html>;

b) i modelli di cui agli Allegati 3, 4 e, se del caso, 4 ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, come successivamente modificato e integrato;

- di essere stato informato delle eventuali limitazioni ed esclusioni del programma di assistenza sanitaria, massimali, franchigie ed eventuali scoperti, così come descritti nel Set Informativo;

- di voler sempre ricevere le comunicazioni e la documentazione relative al presente programma di assistenza sanitaria e alla soluzione assicurativa sottostante tramite mail all'indirizzo indicato nel campo sopra riportato, comunicando tempestivamente ogni sua variazione, consapevole che potrà sempre richiedere una versione cartacea o modificare la modalità di consegna della documentazione scrivendo alla email sanitariacnpadc@doublesinsurance.com / chiamando il numero 800.555.266.

Dichiarazione del Broker

Il Broker sulla base delle necessità assicurative espresse e delle informazioni acquisite ai fini della corretta individuazione del rischio

dichiara

Che il prodotto proposto è coerente con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e/o previdenziale del cliente.

Double S Insurance Broker S.p.A.

Luogo e data _____

Firma (1) _____

(1) *Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore.*
Si prega vivamente di restituire la presente ricevuta compilata e sottoscritta

DOUBLES
BROKER

Redefining Insurance