

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

## PROPOSTA POLIZZA INFORTUNI RISERVATA AL PERSONALE SANITARIO 24 ore su 24

Contraente/Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita		Luogo di nascita
Professione		Specialità
Ordine Medici /Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione

Morte	Invalità Permanente	Hiv Epatite B e C	Importo annuo	Soluzione prescelta
€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 80,00	SILVER <input type="checkbox"/>
€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 120,00	GOLD <input type="checkbox"/>
€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 160,00	PLATINUM <input type="checkbox"/>

Gli importi comprendono: diritti di emissione, premio lordo e consulenza

**Effetto\*** |\_\_|\_\_|\_\_|

**Scadenza** |\_\_|\_\_|\_\_|

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

**Pagamento:**

Bonifico bancario: UBI Banca C/C **UA Underwriting Agency Srl**  
IBAN: IT23G0311101618000000002990 – Causale: nome e cognome

**Il Contraente dichiara:**

di aver ricevuto, o scaricato dal sito [www.underwriting.it](http://www.underwriting.it), prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento IVASS n. 35/2010.

di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

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

\_\_\_\_\_  
Firma



## Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione infortuni deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma in Loss Occurrence, per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI (SE APPLICABILE)	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

### 1) Massimali Richiesti

Massimali richiesto per la Garanzia Infortuni dei Medici – Morte Accidentale, Invalidità Permanente e 3 Virus

50.000€     75.000€     100.000€

### 2) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

*Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato per Infortuni Medici Indicare quali siano le percentuali di Invalidità Permanente dell'Assicurato.*

INFORTUNI	ANNO	BREVE DESCRIZIONE	% DI INVALIDITÀ

**NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI**

## Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

3) **Indicare la decorrenza della Polizza:** \_\_\_\_\_

4) **Premio**

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

5) **Dichiarazioni del Proponente / Assicurato**

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «Loss Occurrence», per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_



- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....  
Data e Luogo

**Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i**

**Cognome e Nome**  
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale  
o Partita IVA:

Indirizzo residenza  
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente 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; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....  
**Il contraente**

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
**Il contraente**

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....  
Data e Luogo

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO**

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

**Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale/Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Indirizzo/Sede Legale** \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>RC Professionale;</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Infortunì;</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **NO**

**DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA**

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....  
L'intermediario
Il contraente

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....  
L'intermediario
Il contraente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza \_\_\_\_\_

.....  
L'intermediario
Il contraente

MOD. ST001