

POLIZZA INFORTUNI 24 ORE SU 24

DIRIGENTI QUADRI, FUNZIONARI E IMPIEGATI SENZA ACCESSO AI CANTIERI E/O SENZA ATTIVITA MANUALE

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		

ASSICURATO	DATA DI NASCITA	ATTIVITA'	MORTE DA INFORTUNI	INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNI *	INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA*	SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO*	DIARIA RICEVERO/ GESSO DA INFORTUNI*	DIARIA DA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO*	CONTAGIO DA HIV EPATITE B e C

Totale €

*Franchigie: Invalidità permanente da infortunio 3% riassorbibile al 10%, Invalidità Permanente da Malattia 24%, Diaria da ricovero/gesso 2 notti, Spese mediche da infortunio € 50,00, Diaria da inabilità temporanea da infortunio 10 giorni

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: Banca Popolare di Vicenza Filia le Milano N.5 C/C UA Underwriting Agency Srl IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, o scaricato dal sito 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.

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi; 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.

L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____|__|__|_____

_____ 
Firma

UA Underwriting Agency S.r.l.

Ag. Gen. AmTrust International Underwriters

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016





QUESTIONARIO PER INVALIDITA' DA MALATTIA

Assicurando: _____ nat il _____
Residente in _____ Provincia _____ via _____ n° _____

Notizie sullo stato di salute dell'Assicurando :

a) Altezza _____ Peso _____

b) Fumo (n° sigarette al giorno) _____

c) Assunzione abituale di sostanze alcoliche _____ Se SI specificare in che quantità _____

d) Ha fatto o fa uso di sonniferi o sostanze stupefacenti, quali e quando l'ultima volta? _____

e) Farmaci di uso abituale (se utilizzati specificare in che dosi) _____

f) E' stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura anche in regime di Day Hospital negli ultimi 5anni? _____
Quale? _____ Quando? _____ Diagnosi ed eventuale intervento chirurgico _____

g) Protesi tranne dentarie (se si specificar quali)? _____

h) Ha eseguito negli ultimi 5 anni:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------|-------|
| ➤ Accertamenti Radiologici? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Elettrocardiogramma? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Elettroencefalogramma? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Esami del sangue? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Esami delle urine? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Test HIV? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Esame del fondo dell'occhio? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ Biopsie? | Sintesi dell'esame | _____ |
| ➤ TAC – Ecografie? | Sintesi dell'esame | _____ |

i) Si è sottoposto a visite mediche negli ultimi 6 mesi? _____

m) Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la sua abituale attività lavorativa per oltre 2 settimane consecutive (se SI per quali ragioni)? _____

n) Ha imperfezioni fisiche o funzionali (se SI specificare a carico di quale apparato)? _____





AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

o) Di quale malattia ha sofferto e soffre attualmente (specificare le malattie e la data insorgenza ed eventuale guarigione): _____

- Malattie osteoarticolari (Artrite Reumatoide, Artrosi, Osteoporosi, Scoliosi, Lussazioni, Ernia del disco, Tumori, Altre) _____
- Malattie dell'apparato respiratorio (Bronchite cronica, Asma bronchiale, Tubercolosi, Enfisema, Pneumotorace, Altre) _____
- Malattie dell'apparato cardio-circolatorio (Angina pectoris, Cardiopatia ischemica, Infarto, Pericardite, Vizi valvolari, Ipertensione, Aneurismi, Varici, Tromboflebiti, Altre) _____
- Malattie del sangue (Anemie, Emofilia, Tumori, Leucemie, Linfomi, Altre) _____
- Malattie dell'apparato digerente (Esofagite, Ulcera gastrica o duodenale, Emorroidi, Ascessi, Fistole perianali, Diverticolosi-ernie, Cirrosi epatica, Epatite, Calcolosi biliare, Pancreatite, Tumori, Altre): _____
- Malattie dell'apparato uro-genitale (Nefriti, Glomerulonefriti, Nefrosi, Calcolosi renale, Ptosi renale, Prolasso uterini vaginale, Fibromi, Fibromiomi uterini, Malformazioni, Cisti ovariche, Fimosi, Varicocele, Malattie della prostata, Tumori, Altre) _____
- Malattie del sistema endocrino (Diabete Mellitto, Alterazioni tiroidee, Tumori, Altre) _____
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (Epilessia, Morbo di Parkinson, Sclerosi a placche, Paralisi, Esiti encefalici e meningiti, Insufficienza circolatoria cerebrale, Nevrosi, Psicosi, Distrofie muscolari e miastenia, Altre) _____
- Malattie dell'apparato visivo (Congiuntiviti, Glaucoma, Catarrata, Malattie della Retina, Altre) _____
- Malattie dell'apparato uditivo (Otosclerosi, Otiti, Altre) _____
- Altri eventuali _____

p) Fruisce o ha mai presentato domanda per la pensione di inabilità o per assegno di invalidità o ha mai ricevuto risarcimenti o indennizzi a seguito di infortuni, malattie o invalidità (se SI specificare)? _____

Il sottoscritto conferma di non essere a conoscenza di altri stati patologici diversi da quanto indicato e che dati, circostanze e dichiarazioni contenute nel presente sono conformi a verità.

Il sottoscritto è inoltre consapevole che le informazioni e i dati richiesti nel presente questionario costituiscono elementi essenziali per la valutazione del rischio da parte della Società e che dunque l'assoluta veridicità ed esattezza delle risposte date costituiscono, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 C.C., presupposto fondamentale per la validità ed efficacia dell'assicurazione.

Ai sensi dell'art. 1898 C.C., si fa presente la necessità di comunicare all'assicuratore variazioni significative riguardo a quanto sopra dichiarato in occasione del rinnovo annuale del contratto.

Data _____

Firma _____

AmTrust Europe Limited

Sede Legale Market Square House • St. James Street, Nottingham NG1 6FG • Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Paolo da Cannobio, 9 • 20122 Milano • Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174

Codice Fiscale 97579510153 Partita IVA 07972530963 R.I. Milano • REA C.C.I.A.A. Milano 1969043



- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- 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 all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, 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; ALL. 7B**
- **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 progressive 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 Steffano, 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

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



- **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?

- RC Professionale;**
- Tutela Giudiziaria;**
- Infortunati;**
- Altro** _____

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