

POLIZZA INFORTUNI 24 ORE SU 24
DIRIGENTI QUADRI, FUNZIONARI E IMPIEGATI SENZA ACCESSO AI CANTIERI
E/O SENZA ATTIVITÀ MANUALE

Da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55** Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Contraente									
Indirizzo									
Cap		Città						Prov.	
Tel. Abitazione					Cellulare				
E-mail					Fax				
Cod. Fiscale		-		-		-		-	
Partita IVA									

Assicurato	Data di nascita	Attività	Morte da Infortuni	Invaldità permanent e da infortuni*	Invaldità permanent e da malattia*	Spese mediche da infortunio*	Diaria ricovero/gesso da infortuni*	Diaria da inabilità temporanea da infortunio*	Contagio da HIV Epalite B e C

Totale €

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

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

IMPORTO TOTALE €

Pagamento:

Bonifico bancario: Banco BPM – C/C Intestato **Underwriting Agency Srl**
IBAN: **IT 69 Y 05034 01610 0000 0000 3631** – Causale: nome e cognome

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

_____, il | | | | _____

Luogo e data della sottoscrizione Il Proponente



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 specificare 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? _____
Quali diagnosi sono state formulate? _____
- l) E' attualmente sottoposto a terapie e/o trattamenti, se SI specificare quali e il motivo? _____
- 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)? _____
- o) Di quale malattia ha sofferto e soffre attualmente (specificare le malattie e la data insorgenza ed eventuale guarigione):
- Malattie infettive (escluse quelle infantili) _____
 - 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, Otitis, 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.

Si consente l'uso della del presente ai sensi della legge 196/03.

Data _____

Firma _____

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **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 del servizio offerto 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/assicurato