

**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:** Banco BPM C/C UA Underwriting Agency Srl IBAN:  
IT 69 Y 05034 01610 0000 0000 3631 - 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.

**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



# 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 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **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 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....  
**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 Stefano, 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**