

# POLIZZA LAWYERS

## 24 ORE SU 24

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

<b>Contraente</b>		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale	-	-
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Ordine di	Iscrizione Nr.	Associazione

	<input type="checkbox"/> <b>Soluzione A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Soluzione B</b>
<b>Garanzie</b>	<b>Capitale assicurato</b>	<b>Capitale assicurato</b>
<b>Morte</b>	€ 100.000,00	€ 200.000,00
<b>Invalidità permanente</b> <i>Franchigia 5% riassorbibile al 7%</i>	€ 100.000,00	€ 200.000,00
<b>Diaria da inabilità temporanea</b> <i>Franchigia 7 giorni</i>	€ 50,00	€ 50,00
<b>Spese mediche da infortunio</b> <i>Franchigia € 50,00</i>	€ 2.000,00	€ 2.000,00
<b>Premio annuo</b>	<b>€ 159,00</b>	<b>€ 213,00</b>

<b>Effetto</b>	<b>Scadenza</b>
----------------	-----------------

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 **UA Underwriting Agency Srl**  
 IBAN: **IT 52 R 05034 01672 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 | | | |

 \_\_\_\_\_  
 Il Proponente

**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**
- **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 4 ter - 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 indagini 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**