

Questionario Assuntivo Polizza Infortuni Avvocati Aviva Italia Spa

DATI CONTRAENTE

Nome e Cognome/Ragione sociale _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

P.IVA _____ C.F. _____ Decorrenza _____

E-mail _____ Telefono _____

DATI ASSICURATO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DA CONTRAENTE)

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

***IN CASO DI PIÙ ASSICURATI CON SCELTA DI SOMMA ASSICURATA PROCAPITE COMPILARE L'ALLEGATO A)**

****LA SCELTA DELL'OPZIONE SARÀ LA STESSA PER TUTTI GLI ASSICURATI**

Opzione 1

Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	Rimborso spese di Cura	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	Euro 100.000,00	Euro 50,00	Euro 2.000,00	Euro 80,00

Invalidità permanente: tabella INAIL franchigia 10%

Inabilità temporanea: franchigia 10 giorni

Opzione 2

Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea	Rimborso spese di Cura	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	Euro 100.000,00	Euro 50,00	Euro 2.000,00	Euro 90,00

Invalidità permanente: tabella INAIL franchigia 10%

Inabilità temporanea: franchigia 5 giorni

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

Uia Srl si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è Uia Srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Set informativo come previsto dal Regolamento Ivass n. 41 del 2 Agosto 2018 e s.m.i. e di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Sede Legale: Via Donizetti, 3 - 20122 Milano

Sede Operativa: Corso Sempione, 61 - 20149 Milano Tel: 02 54 122 532 Fax: 02 54 019 598

E-mail: gestioneportafoglio@uiainternational.net - Web: www.uiainternational.com - P.I. 08666021004 - R.E.A. 1110118

ALLEGATO A

**COMPILARE LE SEGUENTI TABELLE IN CASO DI PIÙ ASSICURATI CON SCELTA DI SOMMA ASSICURATA PROCAPITE
(Il premio corrispondente all'opzione scelta dovrà essere corrisposto per singolo assicurato)**

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

DATI ASSICURATO AGGIUNTIVO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

INTERMEDIARIO: 002282 LIMESTREET SRL

CONTRAENTE

Gentile Cliente, il presente Questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del prodotto rispetto alle sue richieste ed esigenze assicurative.

Le chiediamo, pertanto, di rispondere a tutte le domande di seguito riportate, precisandole che il prodotto assicurativo non potrà esserle proposto:

- in mancanza anche solo di alcune delle informazioni richieste, in quanto ciò non ci consentirà di valutare la coerenza del prodotto con le sue richieste ed esigenze assicurative;
- qualora in base alle risposte fornite, il prodotto assicurativo non risultasse coerente con le sue richieste ed esigenze.

A) Richieste ed esigenze da soddisfare con coperture assicurative:

È interessato ad una copertura:

- che paghi un **indennizzo** in caso di Morte, Invalidità Permanente e altri eventi ove previsti (ad esempio Inabilità temporanea, Ricovero ospedaliero, Rimborso spese di cura) da **Infortunio** subito dalle persone assicurate in relazione a quanto previsto dal contratto oggetto di valutazione (ambito professionale, extraprofessionale o circolazione)?
 SI NO
- che paghi un **indennizzo** in caso di Invalidità Permanente da **Malattia** occorsa alle persone assicurate in ambito extraprofessionale?
 SI NO

B) Attuale situazione assicurativa

- Ha in corso altre polizze che coprono le medesime esigenze selezionate al precedente punto?
 SI NO
- Se ha risposto SI, dopo aver valutato con l'aiuto dell'Intermediario la sua attuale situazione assicurativa, le garanzie già in corso coprono appieno le sue esigenze?
 SI NO

C) Prestazione attesa

- Le somme/massimali assicurabili valutati con l'aiuto dell'Intermediario sono coerenti con le sue esigenze di protezione?
 SI NO

D) Durata contrattuale

- La durata proposta per il contratto oggetto di valutazione è in linea con le sue aspettative?
 SI NO





Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO COERENZA DEL PRODOTTO CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

L'addetto all'attività di intermediazione:

- **conferma** che il Contraente ha risposto a tutte le domande del presente questionario
- e
- **attesta**, sulla base delle risposte ricevute, **la coerenza** del contratto proposto con le richieste e le esigenze del Contraente così emerse.

Data e Luogo

