

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 e Luogo

l'Assicurato o il Contraente

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 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 e Luogo

l'Assicurato o il Contraente

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 e Luogo

l'Assicurato o il Contraente
