

## Questionario Assuntivo Polizza Infortuni Avvocati

### DATI CONTRAENTE ASSICURATO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Numero Collaboratori/Praticanti/dipendenti: \_\_\_\_\_

### 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	<b>Euro 80,00</b>

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	<b>Euro 90,00</b>

Invalidità permanente: tabella INAIL franchigia 10%

Inabilità temporanea: franchigia 5 giorni

Data e Luogo

I'Assicurato o il Contraente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

U.I.A. srl si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta 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 modulo proposta ed il precedente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verranno considerati 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 U.I.A. srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

**Data e Luogo**

**I'Assicurato o il Contraente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'Ivass.

**Data e Luogo**

**I'Assicurato o il Contraente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_