

- 4) Qualora nell'esercizio della Sua professione svolga anche le seguenti attività od incarichi, desidera essere tutelato?
- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - interventi di implantologia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - funzioni di primario | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - interventi di chirurgia estetica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - vigilanza e ispezioni in stabilimenti per la produzione e lavorazione carni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - incarichi di medico competente (L.626) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - funzioni di sindaco | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - redazione di modelli 730 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - incarichi in materia di sicurezza sul lavoro (L.626 e L.494) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - altro _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
- 5) Qualora nell'esercizio della Sua professione possa provocare danni a terzi costituiti da sanzioni, multe o ammende, desidera essere tutelato? SI NO
- 6) Vuole tutelare il suo patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose o a persone) durante la quotidiana conduzione dei locali sede della sua attività? SI NO
- 7) Vuole tutelare il Suo studio professionale dai danni materiali e diretti causati da incendio, intendendo con esso anche gli altri eventi assimilati come fulmine, esplosione, scoppio, fumo?
 SI solo fabbricato SI solo contenuto SI fabbricato e contenuto NO
- 8) Desidera ricevere un rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di vetri e/o specchi del Suo studio professionale dovuta a rotture accidentali? SI NO
- 9) Desidera tutelare il Suo studio professionale, ricevendo un indennizzo in caso di furto, rapina e scippo? SI NO
- 10) Desidera ricevere un rimborso spese in caso di danni causati alle apparecchiature elettroniche del Suo studio professionale da qualunque evento accidentale? SI NO
- 11) Desidera garantire ai Suoi beneficiari un capitale in caso di decesso da infortunio? SI NO
- 12) Vuole ricevere un indennizzo in caso di infortunio e/o malattia invalidanti che comportino una riduzione (totale o parziale) della Sua capacità di lavoro?
 SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni) SI (solo malattie) NO
- 13) In caso di perdita temporanea della Sua capacità lavorativa, a seguito di infortunio e/o malattia, è interessato a percepire una diaria giornaliera?
 SI (infortuni + malattie) SI (solo infortuni) NO
- 14) Vuole garantirsi il rimborso delle spese di cura che potrebbero insorgere in caso di infortunio? SI NO
- 15) Desidera ricevere un indennizzo nel caso in cui venga accertata una grave patologia? SI NO
- 16) In caso di controversie giudiziarie (a seguito di eventi dannosi coperti dalle garanzie presenti nell'assicurazione proposta) desidera ricevere un rimborso delle spese di natura legale che potrebbero derivarne? SI NO
- 17) Potrebbe interessarLe un ventaglio di utili servizi di assistenza attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno? SI NO

N.B. ALCUNE GARANZIE PREVEDONO **FRANCHIGIE/SCOPERTI** IN CASO DI SINISTRO E **LIMITI DI RISARCIMENTO E ESCLUSIONI** DELLA PRESTAZIONE. **IL SUO INTERMEDIARIO È A DISPOSIZIONE PER ILLUSTRARLE NEL DETTAGLIO OGNI CONTENUTO DI POLIZZA.**

IN PARTICOLARE LE VOGLIAMO FAR PRESENTE CHE:

- **SE ACQUISTERÀ UNA POLIZZA INFORTUNI/MALATTIA ESSA NON OPERERÀ PER LE CONSEGUENZE DI SITUAZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI ALL'ACQUISTO STESSO;**
- **SE ACQUISTERÀ UNA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE, TENUTO CONTO CHE L'EVENTO DANNOSO PUÒ SVILUPParsi/MANIFESTARSI SU UN ARCO TEMPORALE PROLUNGATO ED ANCHE SUPERIORE ALLA DURATA DELLA POLIZZA, RACCOMANDIAMO L'ATTENTA LETTURA DELLE CONDIZIONI ASSICURATIVE INERENTI L'EFFICACIA DELLA GARANZIA NEL TEMPO.**

Data |__|__|__|__|__|__|

Firma Intermediario

Firma Cliente

SEZIONE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

_____, lì _____

(Il Cliente)

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Il principale motivo di inadeguatezza è:

_____, lì _____

(L'Intermediario)

(Il Cliente)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003, e successive modifiche normative, Le chiediamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali e sensibili da parte di questa Agenzia al fine di acquisire ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza dei contratti che Le saranno offerti in relazione alle Sue esigenze assicurative e previdenziali, nonché alla propensione al rischio del contraente medesimo, a sensi dell'art. 52 Reg. Isvap 5/2006.

Il trattamento sarà effettuato con o senza l'ausilio di strumenti elettronici secondo le modalità di cui all'art. 4 comma 1 lett. a) d.lgs 196/2003 ed avverrà in modo tale da assicurare la Sua riservatezza e garantirLe la possibilità di far valere i Suoi diritti.

La mancata autorizzazione da parte Sua precluderà il compimento dell'attività suindicata.

Nell'ambito dell'attività suindicata i Suoi dati potranno venire a conoscenza dei dipendenti/collaboratori di questa Agenzia.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione o a comunicazione a terzi.

Titolare del trattamento dei dati è la nostra Società.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/2003 Lei potrà rivolgersi all'Agente di questa Agenzia, Sig. _____, indirizzo _____, telefono/fax _____, oppure direttamente alla funzione responsabile per la nostra Società relativamente al

riscontro con gli interessati, Servizio Benvenuti in Italiana - Via Marco Ulpio Traiano, 18 20149 Milano - Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutitaliana@italiana.it.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi dell'art. 23 d.lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali funzionale all'attività suindicata.

Lì, __/__/200__

Nome _____ Cognome _____

Firma _____

Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali da parte di questa Agenzia per le attività di informazione e promozione commerciale. Tale consenso è facoltativo.

Nell'ambito dell'attività suindicata i Suoi dati potranno venire a conoscenza dei dipendenti/collaboratori di questa Agenzia.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione o a comunicazione a terzi.

Titolare del trattamento dei dati è la nostra Società.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/2003 Lei potrà rivolgersi all'Agente di questa Agenzia, Sig. _____, indirizzo _____, telefono/fax _____, oppure direttamente alla funzione responsabile per la nostra Società relativamente al

riscontro con gli interessati, Servizio Benvenuti in Italiana - Via Marco Ulpio Traiano, 18 20149 Milano - Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutitaliana@italiana.it.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi dell'art. 23 d.lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali funzionale all'attività suindicata.

Lì, __/__/200__

Nome _____ Cognome _____

Firma _____