

## MODULO DI RICHIESTA DI COPERTURA N. 0000001010/XXXX POLIZZA OVERTARGET CONVENZIONE ITALIANA ASSICURAZIONI (AGENZIA EGP)

Prima di procedere alla compilazione del presente Questionario/Proposta, La invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

[ 1 ] risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;

[ 2 ] se taluno dei quesiti che le vengono posti richiede una risposta articolata, utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato;

[ 3 ] rammenti che le risposte fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire - oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitarLe di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenerne l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze a suo danno sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;

### Contraente / Assicurato e dati generali

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Data iscrizione all'Albo(SE PRESENTE): \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

#### **Dati da Compilare (inserendo le crocette negli appositi spazi)**

Mansioni particolari: [ ] Accesso ai Cantieri [ ] Chirurgia [ ] Nessuna delle precedenti

Tacito Rinnovo: [ ] SI [ ] NO

Scelta Franchigia:

[ ] Franchigia Relativa al 10% (La Compagnia Liquidava la percentuale di invalidità a partire dall' 11%)

[ ] Franchigia Assoluta al 30% (La Compagnia Liquidava il 100% a partire dal 31% di invalidità)

Rateizzazione Premio: [ ] Annuale [ ] Mensile

### Dichiarazioni dell'Assicurato per l'assunzione del rischio

Le dichiarazioni rese dal Proponente / Assicurato saranno prese a fondamento della Polizza di assicurazione e ne costituiranno parte integrante

L'Assicurato ha subito nell'ultimo biennio, infortuni inerenti alle garanzie prestate con la presente polizza? Si [ ] No [ ]

L'Assicurato ha sofferto di apoplezia, infarto, diabete, emofilia, leucemia o altre infermità gravi? Si [ ] No [ ]

Esistono per i medesimi rischi, altre assicurazioni in corso con Italiana Assicurazioni o più di due polizze in corso con altre Compagnie? Si [ ] No [ ]

Nell'ultimo biennio sono stati annullati contratti inerenti le garanzie prestate con la presente polizza? Si [ ] No [ ]

Dichiaro di aver preso atto che questo modulo vale a condizione che il rischio da assicurare sia esente da sinistri; diversamente esso viene rilasciato con riserva e sarà eventualmente confermato solo a seguito di favorevole valutazione del rischio, che tenga conto delle informazioni sui sinistri che Le richiederemo.

Dichiaro altresì che la copertura parte dal momento della firma del presente documento e dal ricevimento del pagamento del premio convenuto.

**FIRMA DEL PROPONENTE/ ASSICURATO**

\_\_\_\_\_

Prima della sottoscrizione della polizza:

- è consigliata un'attenta lettura della documentazione informativa precontrattuale reperibile all'indirizzo [www.italiana.it](http://www.italiana.it)
- l'Agenzia Heca Unipersonale S.r.l. valuterà insieme a Lei il Suo Profilo e le Sue esigenze al fine di offrirLe la soluzione più adeguata.

Luogo e data

FIRMA DEL PROPONENTE/ ASSICURATO

## Premio dovuto, incluse imposte di legge

# Premio: Euro 60

| Sezione   | Garanzia              | Massimale/Somma Assicurata |
|-----------|-----------------------|----------------------------|
| Infortuni | Invalidità Permanente | Euro 120.000,00            |
| Servizi   | Card Mynet            | -                          |

| Totali |              | Rata/Anno  |
|--------|--------------|------------|
|        | Premio Netto | euro 53,22 |
|        | Accessori    | euro 5,32  |
|        | Diritti      | euro 0,00  |
|        | Imposte      | euro 1,46  |
|        | Premio Lordo | euro 60,00 |

**Durata della copertura:** dalle ore 24.00 del today alle ore 24.00 del today + 1 year

## Dichiarazioni dell'Assicurato e scelta formato documenti

Il Proponente / Assicurato dichiara di voler ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale su supporto durevole (file in formato pdf-a mezzo email) non cartaceo.

Indirizzo di posta elettronica (\*): \_\_\_\_\_

Sono informato che questo mio consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento mediante invio di posta elettronica o registrazione vocale con l'eventuale addebito degli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo oltre che alla perdita di eventuali sconti previsti a fronte dell'utilizzo delle modalità elettroniche di ricezione della documentazione.

**Il presente consenso non prevede l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali. Solo qualora si desiderasse ricevere la documentazione su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) sarà necessario barrare la casella corrispondente alla categoria documentale di interesse, come di seguito riportato.**

**ATTENZIONE! In caso di scelta dell'invio della documentazione precontrattuale su supporto cartaceo è opportuno contattare telefonicamente il BROKER/AGENTE, affinché provveda all'invio della stessa, prima della sottoscrizione dell'adesione.**

**La polizza di assicurazione verrà comunque inviata su supporto cartaceo, per la relativa sottoscrizione.**

La documentazione precontrattuale prevista dalla normativa vigente:  Supporto cartaceo (fax o posta)

Le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione:  Supporto cartaceo (fax o posta)

Luogo e data

FIRMA DEL PROPONENTE/ ASSICURATO



## Ricevuta informativa sul trattamento dei dati personali e consenso

Dichiarando di aver preso visione dell'Informativa Privacy, consapevole che il mio consenso è obbligatorio:

- a. Esprimo il consenso al trattamento di categorie particolari di dati personali per le finalità connesse alla finalità del trattamento.  
 ACCONSENTO       NON ACCONSENTO

Preso visione dell'Informativa Privacy sopra riportata, consapevole che il mio consenso puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento:

- a. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche

ACCONSENTO       NON ACCONSENTO

**Luogo e data**

**FIRMA DEL PROPONENTE/ ASSICURATO**

---

---

## Ricevuta informativa precontrattuale allegato 3

In ottemperanza al disposto dell'art. 56, comma 3, lettere a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018, dichiaro di avere ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza, l'Allegato 3.

**Luogo e data**

**FIRMA DEL PROPONENTE/ ASSICURATO**

---

---

