

**MODULO DI PROPOSTA PER ASSICURAZIONE PER
INFORTUNI**

PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

INGEGNERI – ARCHITETTI – GEOLOGI

GEOMETRI – PERITI INDUSTRIALI



ALLEGATO n. 7A

Regolamento ISVAP N. 5/2006
ISVAP – Istituto di Diritto Pubblico – Legge 12 Agosto 1982, n. 576

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

N.B.: Ai sensi della vigente normativa, la presente comunicazione deve essere consegnata al Contraente, prima della sottoscrizione della proposta, o qualora non prevista, di un contratto di assicurazione, dall'intermediario o dall'addetto all'attività di intermediazione che opera all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro.

Ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. nr. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e del regolamento ISVAP nr. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) **prima** della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **consegnano al Contraente** copia del documento (Allegato nr. 7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del Contraente;
- b) **prima** della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **illustrano al Contraente** - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c) **sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati** alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del Contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal Contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) **informano il Contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal Contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, **lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza**;
- e) **consegnano al Contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto**;
- f) possono ricevere dal Contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, **i seguenti mezzi di pagamento**:
 1. **assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. **ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale**, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. **denaro contante, esclusivamente** per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo **responsabilità civile auto** e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo Assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli **altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto**.

ALLEGATO n. 7B

Regolamento ISVAP N. 5/2006

INFORMAZIONI DA RENDERE AL Contraente PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela del Contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I – Informazioni Generali

I.1-Dati identificativi dell'addetto all'attività di intermediazione e/o del responsabile dell'attività di intermediazione					
Cognome e Nome:	SEMERARO GIOVANNI				
Qualifica:	RESPONSABILE DELLA ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE (Presidente GAVA Broker Srl)				
Numero iscrizione al registro:	B000182569	Data:	11/05/07	Sezione:	B
Intermediario che entra in contatto con il Contraente se diverso dal precedente					
Cognome e Nome:	MANZONI ANNA				
Qualifica:	ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE				
Numero Iscrizione al Registro:	E000318279	Data:	21/09/09	Sezione:	E
Attività svolta per conto di					
Ragione sociale:	GAVA BROKER S.R.L.				
Numero iscrizione al registro:	B000182564	Data:	11/05/07	Sezione:	B
Sede legale:	Via A. Lanzellotti, n. 3/d 72100 BRINDISI – Italia				
Telefono:	0831 585902				
Fax:	0831 518040				
Posta elettronica:	info@gavabroker.it				
Sito Internet:	www.gavabroker.it				
Uffici di Rappresentanza:	Via Scirè, n. 15 00199 ROMA – Italia Via Colle dei Roccoli, n. 11 24129 BERGAMO - Italia				
I.2 - Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta					
ISVAP Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA					

**Gli estremi
 identificativi e di
 iscrizione degli
 intermediari
 possono essere
 controllati
 visionando il
 registro unico degli
 intermediari
 assicurativi e
 riassicurativi sul
 sito internet
 dell'ISVAP
www.isvap.it**

PARTE II – Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

II.1 - Dichiarazioni dell'intermediario

- a) GAVA Broker Srl e le persone riportate nella tabella I.1 NON detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una impresa di assicurazione
- b) Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di GAVA Broker Srl
- c) Con riguardo al contratto proposto:
1. Le consulenze vengono fornite basate su una analisi imparziale e le valutazioni vengono effettuate su almeno 5 contratti assicurativi;
 2. GAVA Broker Srl propone contratti **in assenza di obblighi contrattuali** che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.
 3. Su richiesta del Contraente/Assicurato, GAVA Broker Srl dovrà fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

PARTE III – Informazioni sulle norme di tutela del Contraente

III.1 - Informazioni Generali

- a) Ai sensi dell'articolo 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n.209, **i premi pagati** dal Contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario **costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;**
- b) **L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile,** che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- c) Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al: **Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione** c/o ISVAP Via Quirinale, 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto;
- d) Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa, entro quarantacinque giorni **possono rivolgersi all'ISVAP**, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

III.2 - Nota importante per il Contraente e per l'Assicurato

Ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005, in caso di autorizzazione della Compagnia al Broker ad incassare i premi – ovvero di autorizzazione dell'agenzia ratificata alla compagnia – **il pagamento del premio** eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, **ha effetto liberatorio per il Contraente nei confronti della Compagnia e conseguentemente impegna la Compagnia** (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Ai sensi dell'art. 118 del D.lgs 209/2005, nel caso di assenza di autorizzazione della Compagnia o dell'agenzia al Broker ad incassare i premi – ovvero in caso di autorizzazione da parte dell'agenzia non ratificata dalla Compagnia – il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori **non ha effetto liberatorio per il Contraente nei confronti della Compagnia e conseguentemente non impegna la Compagnia** (né, in caso di coassicurazione, le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Il Contraente prende atto che l'Assicuratore della polizza è:

LLOYD'S OF LONDON

Rappresentanza per l'Italia

20121 Milano - Corso Garibaldi, n.86

e HA AUTORIZZATO il Broker ad incassare il premio con effetto **LIBERATORIO** per il Cliente.

Modulo di Proposta per Assicurazione per Infortuni Professionale ed Extraprofessionale Ingegneri – Architetti – Geologi – Geometri – Periti Industriali

**VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE
(SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").**

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a Circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

**E' IMPORTANTE CHE IL PROPONENTE, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA,
SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE
RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.**

00199 Roma
Via Scirè, 15
Tel. (+39) 06.62289470
Fax (+39) 06.23328762

24129 Bergamo
Via Colle Dei Roccoli,11
Tel. (+39) 800 250 882
Fax (+39) 035.5095725

72100 Brindisi
Via A. Lanzellotti,3/D
Tel. (+39) 0831.585902
Fax (+39) 0831.518040

www.gavabroker.it
info@gavabroker.it

Numero Verde **800 250 882**

PROCEDURA PER ATTIVARE LA COPERTURA

- a) **Compilare la proposta in ogni punto, inserire la data, apporre la propria firma ed eventuale timbro;**
- b) **Inviare la proposta così compilata a GAVA Broker a mezzo fax o con e-mail;**
- c) **Attendere da GAVA Broker conferma del premio da pagare e l'indicazione delle coordinate bancarie;**
- d) **Effettuare il bonifico con la causale "Copertura.....(completando con i dati del Proponente)";**
- e) **Trasmettere copia della ricevuta a mezzo fax o con e-mail a GAVA Broker.**

LA COPERTURA SARA' ATTIVATA DALLE ORE 24,00 DELLO STESSO GIORNO

- f) **GAVA Broker invierà via e-mail copia della polizza ed entro i successivi 30 giorni in formato cartaceo.**

**POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
 PER INGEGNERI, ARCHITETTI, GEOLOGI, GEOMETRI, PERITI INDUSTRIALI
 CON ATTIVITA' IN QUALITA'
 DI LIBERO PROFESSIONISTA, O DI DIRIGENTE, DIPENDENTE E
 AMMINISTRATORE DI SOCIETA' A CAPITALE PRIVATO
 O PUBBLICO O DI ENTI PUBBLICI.**

Contraente della polizza può essere anche lo Studio Associato, la Società di Ingegneria, la Società di Servizi, L'Azienda in genere per assicurare i propri Associati, Amministratori, Dirigenti, Dipendenti.

Caratteristiche e Prestazioni

Somme massime assicurabili, limiti e franchigie

(Per somme superiori gli Assicuratori dei Lloyd's valuteranno volta per volta)

Caso morte	€ 1.000.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 1.000.000	* Franchigia come da riquadro sottostante
Diaria giornaliera per inabilità temporanea (escluso dipendenti)	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: 7 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	€ 75	- limite massimo: 45 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 200	- limite massimo: 90 giorni - franchigia: 5 giorni
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 30.000	Franchigia: € 175,00

*** Franchigie e Condizioni Invalidità Permanente da Infortunio**

Da € 0	a € 517.000	Franchigia 3% (non applicabile se invalidità permanente è superiore al 10%)
Da € 517.000	a € 775.000	Franchigia 5% sulla parte eccedente € 517.000
Da € 775.000	a € 1.000.000	Franchigia 10% sulla parte eccedente € 775.000
Rischi Sportivi Particolari:		Franchigia generalmente del 10%, dipende dal tipo di rischio
Invalidità Permanente da Infortunio accertata per almeno il 50% liquidazione pari al 100% del capitale		
Applicazione della tabella INAIL allegata al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965, ai fini dell'accertamento dell'Invalidità Permanente da Infortunio		

Normativa e caratteristiche:

1. Le coperture dovranno sempre prevedere almeno il caso Morte e il caso Invalidità Permanente da Infortunio;
2. Limite massimo di età per gli infortuni: 75 anni;
3. Limite Catastrofale Volo: € 10.000.000;
4. Validità territoriale: mondo intero;
5. Denuncia sinistro: entro 30 giorni;
6. Anticipo indennizzi: acconto del 50% se l'importo è superiore a € 100.000

IMPORTANTE

Barrare le voci di interesse e specificare al punto 9 del questionario

<input type="checkbox"/> <u>Ingegnere</u>	<input type="checkbox"/> <u>Architetto</u>	<input type="checkbox"/> <u>Geologo</u>	<input type="checkbox"/> <u>Geometra</u>	<input type="checkbox"/> <u>Perito Industriale</u>
<input type="checkbox"/> <u>Senza accesso ai cantieri</u>		<input type="checkbox"/> <u>Con accesso ai cantieri</u>		
<input type="checkbox"/> <u>Dipendente</u>		<input type="checkbox"/> <u>Libero Professionista</u>		

Indicare le somme che volete assicurare, diversamente potete scegliere tra una delle combinazioni previste nella pagina successiva.

Morte da Infortunio (sempre presente) (minimo 1/2 del capitale per Invalidità Permanente da infortunio)	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	€ _____
Diaria per ricovero per Infortunio	€ _____
Diaria da convalescenza a seguito di ricovero	€ _____
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ _____
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ _____

Se le somme indicate sono superiori a quelle previste dal prospetto precedente, gli Assicuratori dei Lloyd's si riservano di valutare e quotare.

Vuole assicurarsi anche per Invalidità Permanente da Malattia?

Si **No**

Se "Si" riceverà la relativa quotazione e la seconda parte del questionario.

Premi annui lordi in convenzione

Garanzie	Senza accesso ai cantieri	Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 68 per ogni € 100.000	€ 78 per ogni € 100.000
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 68 per ogni € 100.000	€ 78 per ogni € 100.000
Inabilità temporanea	€ 2,00 x € assicurato	€ 3,00 x € assicurato
Diaria per ricovero da infortunio	€ 1,00 x € assicurato	€ 1,50 x € assicurato
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	€ 1,20 x € assicurato	€ 1,40 x € assicurato
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 1,00 x € assicurato	€ 1,50 x € assicurato
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 10 per ogni € 1.000	€ 15 per ogni € 1.000

I premi indicati, sono riservati agli iscritti di Ordini, Collegi, Federazioni/Consulte, Associazioni, ecc., che hanno in corso con GAVA Broker Srl una Convenzione

(l'elenco è visibile sul sito al seguente link: www.gavabroker.it/convenzioni.html).

In assenza di Convenzione i premi per caso Morte e Invalidità Permanente da Infortunio vengono maggiorati del 10%.

In alternativa alle indicazioni della precedente pagina sono state predisposte quattro combinazioni di garanzie **A, B, C, D**.

Si può scegliere una di queste combinazioni barrando la lettera corrispondente alla sua preferenza e la casella "Senza Accesso" o "Con Accesso" ai cantieri e riportarlo al punto 9 del questionario.

<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 200.000,00	€ 136,00	€ 154,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 300.000,00	€ 204,00	€ 234,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100,00	€ 100,00	€ 150,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 100,00	€ 100,00	€ 150,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
PREMIO TOTALE ANNUO		€ 540,00	€ 688,00

<input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 300.000,00	€ 204,00	€ 231,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00	€ 340,00	€ 390,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 100,00	€ 200,00	€ 300,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100,00	€ 100,00	€ 150,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 100,00	€ 100,00	€ 150,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 10.000,00	€ 100,00	€ 150,00
PREMIO TOTALE ANNUO		€ 1.044,00	€ 1.371,00

<input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 500.000,00	€ 340,00	€ 390,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 800.000,00	€ 544,00	€ 624,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
PREMIO TOTALE ANNUO		€ 884,00	€ 1.014,00

<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 1.000.000,00	€ 680,00	€ 780,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 1.000.000,00	€ 680,00	€ 780,00
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea	€ 200,00	€ 400,00	€ 600,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 200,00	€ 200,00	€ 300,00
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 200,00	€ 200,00	€ 300,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 30.000,00	€ 300,00	€ 450,00
PREMIO TOTALE ANNUO		€ 2.460,00	€ 3.210,00

Questionario Lloyd's Infortuni

Accident Lloyd's Proposal Form

PARTE PRIMA DA COMPILARE SEMPRE

FIRST PART TO BE COMPLETED IN ANY CASE

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito **firmato e datato**.

Before any question is answered read carefully the declaration on the last page of this Proposal and after answer all questions fully and give additional information when requested. For this Proposal to be valid it must be returned signed and dated.

1. **Nome ed indirizzo completi del Proponente (se è una persona diversa dall'Assicurato);**
Full name and full address of the Policyholder (if other than the person to be insured);

2. **Partita IVA o Codice Fiscale / Fiscal Code or VAT number:** _____

3. **Relazione con la Persona da assicurare:**
Relationship to the Person to be insured: _____

4. **Specificare il periodo di copertura richiesto/ Please state insurance period requested**
da/from _____ a/to _____

LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE

THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE IN GENERAL TO THE PERSON TO BE INSURED

5. **Nome ed indirizzo completi**
Full name and full address: _____

6. **Data di nascita /Date of birth** _____ **Codice Fiscale / Tax code** _____

7. **Sesso / Sex** **Uomo / Male** **Donna / Female**

8. **Peso in Kg; Weight in Kg** _____ **Altezza in cm; Height in cm** _____

9. **Occupazione (specificare se più di una); / Occupation (if more than one, state all);**

10. **Fumatore? / Smoker?**
 Si / Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how many per day _____

No / No - Se ha smesso indicare da quando / If you have given up please state when _____

Consuma alcolici? / Do you drink alcohol?

Si/Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how much per day _____

No/No

11. Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea, e
Please state approximate number of flights as a passenger on scheduled flight for the next year, and

Indicare la percorrenza media annua in km su veicoli a motore;
Please state average mileage per annum on motor vehicles;

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario.

The following questions will allow us to fully evaluate the extent of your coverage. Please note that terms and cost may vary following the inclusion or not of the activities indicated below. Please also note that some activities are always excluded from coverage. For more information please refer to the policy wording or ask directly your broker.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| 12. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?/ Flights other than as a passenger? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 13. Viaggi aerei non con voli di linea?/ Flights other than using scheduled flights? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 14. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ Travel abroad for business or leisure? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 15. Sport invernali?/ Winter Sports? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 16. Immersioni subacquee con respiratore?/ Scuba Diving? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 17. Alpinismo con uso di funi e guide?/ Mountainering with use of ropes and guides? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 18. Speleologia?/ Potholing? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 19. Volo a vela o paracadutismo?/ Hang-gliding or parachuting? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 20. Caccia a cavallo, attività equestre?
Hunting on horseback, horse riding? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 21. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?
Participation to any kind of running, race or competition? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 22. Guidate moto?/ Do you drive motor cycles or a scooter? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 23. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?
Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 24. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?
Do you suffer from defective hearing or vision? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |

25. **Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?** Si/Yes No/No

Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?

**SE AVETE INDICATO "SI" ALLE DOMANDE DALLA 12 ALLA 25 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;
IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 12 TO 25 PLEASE GIVE FULL DETAILS;**

26. **Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni?**

What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 7 days during the past 5 years?

27. **Siete attualmente assicurato per infortuni?** Si/Yes No/No
Are you insured against accident?

In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.

If yes, please state with whom and for what sum insured.

28. **Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?** Si/Yes No/No

Have u ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled?

In caso positivo fornire dettagli

If yes, please give details.

Dichiarazione

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete, or Underwriters to accept, this Insurance.

Firma, con data, della Persona da assicurare **data**
Signature and Date of the Assured

Firma, con data, del Proponente (se richiesta) **data**.....
Signature and Date of the Policy Holder (if required)

SPAZIO RISERVATO ALLE INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:
ADDITIONAL INFORMATION:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: _____

Data: _____ Firma: _____

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, **il sottoscritto**, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

In ottemperanza **all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006**, dichiara di aver ricevuto gli allegati **7A e 7B** e di aver preso visione dei contenuti.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

"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 "titolare" del "trattamento" è GAVA Broker 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 ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

La firma della presente Proposta/Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto.

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente.

Gentile Contraente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di **Infortunio Professionale ed Extraprofessionale**, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente: _____

b) Data di compilazione e firma del questionario: _____

c) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? _____

d) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

Sì No

e) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

Sì No

f) Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

Sì No

g) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?

Sì No

DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA

CASO 1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal Contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto, con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

Luogo e data

L'intermediario

Il Contraente

CASO 2. DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente 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 Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principali motivo/i dell'eventuale inadeguatezza: _____

Luogo e data

L'intermediario

Il Contraente

CASO 3. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

Luogo e data

L'intermediario

Il Contraente



Roma, 00199 - Via Scirè n. 15
Tel. (+39) 06.62289470 - Fax (+39) 06.23328762

Brindisi, 72100 - Via A. Lanzellotti, 3/D
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.518040

Bergamo, 24129 - Via Colle dei Roccoli n. 11
Tel. (+39) 035.19965214 - Fax (+39) 035.5095725

info@gavabroker.it

www.gavabroker.it

Numero Verde 800 250 882

