Underwriting Insurance Agency
Coverholder at LLOYD'S

Questionario Assuntivo Polizza Infortuni Avvocati HDI

DATI CONTRAENTE ASSICURATO

Nome e Cognome (singolo contraente)_____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov)_____

C.F. (non accettiamo Partita Iva)_____

E-mail _____ Telefono_____

Data di decorrenza richiesta: _____

NB: IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO OGNI SOGGETTO PER IL QUALE E' RICHIESTA COPERTURA DOVRA' PROVVEDERE PERSONALMENTE ALLA STIPULA DELLA POLIZZA

Morte	Invalidità permanente	Rimborso spese mediche	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	**Euro 100.000,00**	**Euro 2.000,00**	Rivolgersi alla segreteria

Invalidità permanente: tabella INAIL franchigia 7% assorbibile al 10%
Rimborso spese mediche franchigia € 75,00 per evento Annuo
Diaria giornaliera da inabilità temporanea: € 50,00

INABILITA' TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

1) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni
2) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successive a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successive a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.
Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 7 delle Condizioni Generali e dall'Art. 3 Sezione A, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

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 **l'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 **l'Assicurato o il Contraente**

_____ _____