

**Europ Assistance Italia S.p.A.**

Sede sociale, Direzione e Uffici: Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - Tel. 02.58.38.41 - www.europassistance.it - indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): EuropAssistanceSpA@pec.europassistance.it Capitale Sociale Euro 12.000.000,00 i.v. - Rea 754519 - Partita IVA 00776030157 - Reg. Imp. Milano e C.F.: 80039790151 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19569 del 2/6/93 (Gazzetta Ufficiale del 1/7/93 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritta all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

POLIZZA N.

9154734

**Polizza Assicurativa – MULTIRISCHI - Mod. 16160 – VIAGGI NOSTOP Lavoro****estensione territoriale** Estensione Mondo**CONTRAENTE**

Cognome e Nome/ Ragione sociale: LAURETTI AUTOMAZIONI			
Indirizzo: VIA MARITTIMA 120		Città: CECCANO	Cap: 03023 Prov.: FR
Data nascita:	Comune di nascita:	Prov.:	Codice fiscale/ P.IVA: 01655470605

DATI DI POLIZZA

Decorrenza ore 24 del:	Scadenza ore 24 del:	Durata	Frazionamento	Tacito rinnovo	Rata successiva	Pol. sostituita n°
28/03/2017	08/04/2017	anni: 0 mesi: 0 gg: 11	Temporaneo	NO		

POLIZZA DI ASSICURAZIONE (dati riservati alla Direzione)

Cod Ramo	Cod Prod	PdV / AdV	Denominazione	Cod sub agenzia	Cod Convenzione	Cod Cliente
	EA0001	711548	ZI INTEGRATI ASSICURATIVI SOC. COC			

PERSONE ASSICURATE

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA		COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	
1	RINALDI FABIO	09/04/1972	2				
3			4				
5			6				
7			8				
9							

GARANZIE PRESTATE

Garanzie	Massimali/somme assicurate	Premio Imponibile	Imposte	Premio Lordo
Assistenza	inclusa	31.80	3.18	34.98
Rimborso spese mediche	25.000.00	36.10	0.91	37.01
Bagaglio	2.500.00	16.00	2.00	18.00
Tutela legale	2.500.00	4.95	1.06	6.01

BENEFICIARI

(in caso di garanzia infortuni)

Eredi legittimi e/o testamentari

Altri (nome e cognome):

PREMIO

	Premio Imponibile	Imposte	Premio Lordo
Alla firma	88.85	7.15	96.00
Rate Successive			

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e letto prima della sottoscrizione del Contratto il Fascicolo Informativo Mod. 16161, contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario, le Condizioni di Assicurazione, l'Informativa Privacy, predisposto da Europ Assistance, s' impegna a farlo conoscere agli eventuali altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza dello stesso.

Firma del Contraente

Il Contraente letta l'Informativa Privacy:

- presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento all'estero dei Dati, ivi compresi dati sensibili, giudiziari e variazioni degli stessi, per le finalità di gestione ed esecuzione del Contratto;

- si impegna a portare a conoscenza di tutti quei soggetti, i cui dati personali potranno essere trattati da Europ Assistance Italia S.p.A. in adempimento a quanto previsto nel presente Contratto, del contenuto dell'Informativa Privacy e di acquisire dagli stessi il consenso al trattamento dei dati effettuato da Europ Assistance Italia S.p.A.;

☐ presta ☒ nega il consenso* per le finalità di: informazione e promozione commerciale dei prodotti della società Europ Assistance in Italia, analisi delle scelte di consumo e ricerche di mercato; tali trattamenti potranno essere effettuati anche per tramite di telefono, sms, mms, e-mail o fax;

☒ presta ☐ nega il consenso* per la finalità di rilevazione del grado di soddisfazione della qualità dei servizi.

(*le scelte sopra indicate sono quelle che risultano ad oggi registrate negli archivi informatici delle Società Europ Assistance in Italia: il Contraente è consapevole di poter in ogni momento modificare tali scelte scrivendo all'Ufficio Protezione Dati o collegandosi alla propria area riservata sul sito www.europassistance.it)

Firma del Contraente

Il Contraente dichiara di voler stipulare il presente Contratto e di accettare le Condizioni di Assicurazione

Firma del Contraente

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli art. 1341 e 1342 C.C. i seguenti articoli contenuti nelle Condizioni di Assicurazione: art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio"; art. 3 "Decorrenza e Durata dell'Assicurazione - Pagamento del Premio"; art. 4 "Rinnovo dell'Assicurazione"; art. 5 "Aggravamento del rischio"; art. 11 "Anticipata risoluzione"; art. 13 "Variazioni nella persona del Contraente"; art. 15 "Limiti di età"; art. 17, "Limitazione di responsabilità"; art. 18 "Persone non assicurabili"; art. 20 "Limite catastrofale" artt. A1, B1, C1, D1, E1, F1, G1, H1, "Oggetto e operatività dell'assicurazione/Oggetto dell'assicurazione"; artt. A2, B2, C2, D4, E2, F2, G4, H2 "Esclusioni"; artt. A3, B3, C3, D6, E3, F3, G5, H3 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro"; artt. C4, E6, H4 "Criteri per la liquidazione del danno"; art. F6 "Criteri di indennizzabilità"; art. D3 "Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione"; art. D5 "Insorgenza del sinistro - decorrenza della garanzia"; art. E5 e F5 "Valutazione del danno - Arbitrato irrituale"; art. G2 "Persone non considerate terzi"; art. G3 "Pluralità di Assicurati"; art. G6 "Gestione delle vertenze e spese di resistenza".

Firma del Contraente

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione/garanzia.

L'ammontare complessivo della rata di premio alla firma è stato pagato.

il 20/3/17 l'Agente
f.c. n° del

Emessa in TRENTO il 16/03/2017

Europ Assistance Italia S.p.A.

CIO Vittorio Santi - CCO Valerio Chiaronzi

Vittorio Santi

**S.I.A. – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI
SOCIETA' COOPERATIVA**

Sede legale Via Brennero 52 - 38121 TRENTO

Sede operativa e amministrativa Piazza delle Donne Lavoratrici 2 – 38123 Trento

C.F./P.IVA 02476980160

RUI: A000057617

Allegato 7/A

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

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS n. 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, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento IVASS) 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 cinquecento euro annui per ciascun contratto.

Il sottoscritto contraente dichiara di ricevere copia della presente informativa.

Contraente

Nome e cognome/Ragione sociale (scrivere con un carattere leggibile)

LAURETTA AMBROSIO
Via Marittima 120 - 03023 Ceccano (FR)
Tel. 0775 641264 - 621039

Firma del contraente

Partita IVA 01655470695
laurinda@lib.it

Trento, li

20. 3-17



VIAGGI NOSTOP LAVORO - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- c. stato di gravidanza o situazioni patologiche ad essa conseguenti;
- d. malattie nervose e mentali;
- e. malattie o infortuni la cui cura costituiva lo scopo del viaggio;
- f. fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 84. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà effettuare, entro e non oltre sessanta giorni dal verificarsi del sinistro, una denuncia: accedendo al porta-

le <https://sinistrionline.europassistance.it/> seguendo le istruzioni (oppure accedendo direttamente al sito www.europassistance.it alla sezione sinistri) oppure scrivendo ad Europ Assistance - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - evidenziando sulla busta l'ufficio competente (Ufficio Liquidazione Sinistri - Rifacimento Viaggio) ed indicando:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza;
- la causa dell'interruzione del viaggio;
- programma del viaggio;
- data del rientro;
- certificato di pagamento del viaggio.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro comporta la perdita del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C. qualora imputabile a colpa grave, consapevolezza o dolo.

Art. 85. CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Europ Assistance calcolerà il valore giornaliero del viaggio, suddividendo il valore totale dichiarato in Polizza per il numero di giorni previsti inizialmente e procederà al pagamento delle giornate residue non godute dall'Assicurato. Il giorno dell'interruzione del viaggio e quello di rientro previsto all'inizio del viaggio si considerano come un unico giorno.

■ COME RICHIEDERE ASSISTENZA

In caso di necessità la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24, il personale specializzato di Europ Assistance è a sua completa disposizione, pronto ad intervenire e ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre che ad autorizzare eventuali spese.

dall'Italia: 800.111.800

dall'Italia e dall'estero: +39.02.58.28.68.28

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- Numero della Polizza;
- Indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- Recapito telefonico.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare: un fax al numero 02.58477201 oppure un telegramma a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO.

Europ Assistance per poter erogare le prestazioni/garanzie previste in Polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine necessita ai sensi del D. Lgs. 196/03 (Codice Privacy) del Suo consenso. Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare Europ Assistance, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili così come indicato nell'Informativa al Trattamento dei dati personali ricevuta.

Per informazioni sulla Polizza è possibile contattare dall'Italia il Numero Verde 800-013529 dal lunedì al sabato esclusi i festivi, dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

S.I.A. – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI

SOCIETA' COOPERATIVA

Sede legale Via Brennero 52 - 38121 TRENTO

Sede operativa e amministrativa Piazza delle Donne Lavoratrici 2 – 38123 Trento

C.F./P.IVA 02476980160

RUI: A000057617

Allegato 7/B-1

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO, NONCHE' IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE.

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 interessi 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 sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

Cognome e Nome: **BRUNIALTI FABRIZIO**

(barrare una delle seguenti tre opzioni)

Iscritto nella sezione ☒ **A**, ☐ **E** del Registro rui Registro Unico degli Intermediari in data **26/02/2007**, con il numero **A000101498** oppure ☐ in qualità di addetto all'attività di intermediazione assicurativa all'interno dei locali agenziali

Con il ruolo di **RESPONSABILE DELL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE DELLA SOCIETA' "SIA – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI SOCIETA' COOPERATIVA "**

Indirizzo sedi operative Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 TRENTO

Recapito telefonico 0461/260653

Indirizzo internet / posta elettronica: siatrento1@gmail.com ; sia@lamiaptec.it

I prodotti offerti sono emessi dalle seguenti Compagnie: ☐ Ace European Group Limited; ☐ Itas Mutua ☐ Sace Bt Spa; ☐ Ara 1857 Spa; ☐ Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA; ☐ S2C SPA; ☐ VH ITALIA Assicurazioni; ☐ Europ Assistance Italia SPA; e dai seguenti intermediari con i quali S.I.A. Società Cooperativa ha in corso un accordo di collaborazione sezione A – sezione A/B del RUI ai sensi dell'art.22 del D.L. n.179/2012: ☐ AGV Brokers srl (RUI N.B000186182); ☐ Luca Scotti (RUI N.A000056018); ☐ AIG ADVISORS SRL (RUI N.A000504487); ☐ Zanetti Assicurazioni srl (RUI N. A000012462); ☐ Limestreet L.S. srl (RUI B000401869) ; ☐ Pederzolli Alberta e Pederzolli Andrea snc (RUI N.A000280564).

Da compilare nel caso di soggetto iscritto alla sezione E o di addetto all'attività di intermediazione assicurativa all'interno dei locali agenziali:

Cognome e nome/ragione sociale dell'intermediario per cui si opera

Sede Legale

Recapito telefonico

Indirizzo internet/posta elettronica

Iscritto nella sezione del registro Con il numero

I prodotti offerti sono emessi da:

L'Autorità Competente alla vigilanza sull'attività svolta dal sopra elencato intermediario è l'IVASS.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

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

a) l'intermediario non è detentore di partecipazioni, dirette o indirette, superiori al 10% del capitale sociale, o dei diritti di voto, di alcuna impresa di assicurazioni;

b) nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica o meno di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera;

c) con riguardo al contratto proposto si specifica che l'intermediario:

- in virtù di un obbligo contrattuale, è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di:

□ Ace European Group Limited; □ AIG ADVISORS; □ Itas Mutua □ Sace Bt Spa; □ Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA ; □ S2C Spa; □ VH ITALIA Assicurazioni; □ Europ Assistance Italia SPA; e delle mandanti dei sotto indicati intermediari con i quali S.I.A. Società Cooperativa ha in corso un accordo di collaborazione sezione A – sezione A /B del RUI ai sensi dell'art.22 del D.L. n.179/2012: □ AGV Brokers srl (RUI N.B000186182); □ Luca Scotti (RUI N.A000056018); □ AIG ADVISORS SRL (RUI N.A000504487); □ Zanetti Assicurazioni srl (RUI N. A000012462); □ Pederzoli Alberta e Pederzoli Andrea snc (RUI N.A000280564); □ Limestreet L.S. srl (RUI B000401869).

- percepisce le seguenti provvigioni nella RCAuto: sul premio lordo, pari a €

PARTE III – Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

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.

L'attività di intermediazione 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.

Il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ha facoltà di inoltrare reclamo per iscritto all'impresa: il contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'**IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma**, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

Il sottoscritto contraente dichiara di ricevere copia della presente informativa.

Contraente

Nome e cognome/Ragione sociale (scrivere con un carattere leggibile)

.....
Firma del contraente

Trento, lì 20-3-12

LAURENZA PETERLINI srl
Via Marittima 120 - 03023 Ceccano (FR)
Tel. 0775.641264 - 621039
Partita IVA 01655470605
lautind@tin.it



Laurenza Peterlini

**S.I.A. – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI
SOCIETA' COOPERATIVA**

Sede legale Via Brennero 52 - 38121 TRENTO

Sede operativa e amministrativa Piazza delle Donne Lavoratrici 2 – 38123 Trento

C.F./P.IVA 02476980160

RUI: A000057617

Modello "A"

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione.

Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

DATI ANAGRAFICI CLIENTE (Persona fisica/ Persona giuridica)

Nome

Cognome.....

Data di nascita.....

Residenza.....

Ragione sociale.....

Codice fiscale/Partita IVA:.....

Attività profess./Oggetto sociale:.....

1) QUAL È L'ESIGENZA PRIMARIA PER LA QUALE AVVERTE LA NECESSITÀ DI ASSICURARSI?

☐ disporre di un capitale per il risarcimento di eventuali danni causati ad altri

☐ garantirsi un capitale per coprire le spese derivanti da eventuali danni, parziali o totali, a immobili e/o beni di proprietà

☒ disporre di risorse economiche sufficienti per tutelare se stessi ed i famigliari da infortuni o malattie

☐ beneficiare di adeguata assistenza in determinate situazioni di bisogno

☐ possibilità di usufruire di consulenza legale in caso di necessità

☐ altro (specificare).....

2) QUALE TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE SI ASPETTA DAL CONTRATTO?

☐ liquidazione di un capitale

☐ risarcimento dei danni con un limite massimo prestabilito

☒ rimborso spese sostenute

☐ liquidazione indennità giornaliera

3) HA EVENTUALI SOGGETTI (PERSONE O ENTI) DA TUTELARE?

Sì ☐

No ☒

☐

Se Sì, quali?.....

4) HA IN CORSO ALTRI CONTRATTI ASSICURATI VI?

Sì ☐

No ☒

☐

Se Sì, per quali tipo di rischio?.....

5) IL CONTRATTO VERRÀ STIPULATO PER OTTEMPERARE AD UN OBBLIGO DI LEGGE?

Sì ☐

No ☒

Se Sì, quale?.....

6) ALTRE INFORMAZIONI UTILI

La informiamo che i nostri prodotti possono prevedere franchigie, scoperti, limiti di risarcimento e periodi di carenza. Dette limitazioni sono chiaramente evidenziate nelle Condizioni di Assicurazione delle singole polizze.

Confermo che la polizza testé sottoscritta è conforme alle mie esigenze assicurative quali risultano dalle risposte date al questionario precontrattuale.

Data

20-3-12

Firma del cliente
LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI S.p.A.
Amministratore Unico

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE UNA O PIU' INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Data

Firma del cliente

.....
...

.....

Di seguito riportiamo la dichiarazione prevista nel caso in cui il contratto, in base alle informazioni raccolte dall'intermediario, non risulti o possa non risultare adeguato alle esigenze assicurative del Cliente e comunque lo stesso intenda procedere all'acquisto del prodotto.

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 stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza:

.....
.....
.....

Data

Firma dell'intermediario

Firma del cliente

20-3-12

ASL

Firma del cliente
LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI S.p.A.
Amministratore Unico

N.B.! si ricorda l'obbligo di raccogliere la firma sul modulo della "privacy"

**S.I.A. – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI
SOCIETA' COOPERATIVA**

Sede legale Via Brennero 52 - 38121 TRENTO

Sede operativa e amministrativa Piazza delle Donne Lavoratrici 2 – 38123 Trento

C.F./P.IVA 02476980160

RUI: A000057617

LETTERA PRIVACY

INFORMATIVA AI CLIENTI DELL'AGENZIA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Iscrizione al RUI n. A000057617

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, Le comunichiamo quanto segue:

1 • Finalità del trattamento

- 1 1. I dati personali sono trattati da questa agenzia per lo svolgimento di attività di informazione commerciale e promozione presso la clientela di prodotti o servizi assicurativi di Suo interesse;
- 1 2. I dati personali possono essere comunicati, per le medesime finalità di cui al punto precedente, ad altri soggetti del settore assicurativo/finanziario con i quali l'agenzia intrattiene o intratterrà rapporti di reciproca collaborazione, quali a titolo esemplificativo: imprese di assicurazione, coassicurazione e riassicurazione, agenti, sub agenti, produttori, ecc..

1 • Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il conferimento di tali dati è facoltativo ed un eventuale mancato consenso da parte della clientela ai trattamenti sopra indicati non pregiudicherà l'esecuzione delle polizze assicurative stipulate.

1 • Fonte e natura dei dati personali

I dati personali trattati da questa agenzia sono esclusivamente quelli forniti dai clienti in occasione di proposte e/o trattative pre-contrattuali finalizzate alla stipula di polizze assicurative ovvero in occasione della stipula di dette polizze, limitatamente a quelli che consentono di contattare i clienti e di individuarne le eventuali esigenze assicurative, anche al fine di poter formulare adeguate proposte assicurative personalizzate. Resta in ogni caso escluso qualsiasi trattamento per fini sopra indicati di dati sensibili.

I dati personali della clientela non verranno in nessun caso diffusi.

I titolari dei dati personali sono gli Agenti BRUNIALTI FABRIZIO

1 • Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003: conoscere l'esistenza o meno di propri dati personali, l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità del trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati; opporsi al trattamento dei dati.

CONSENSO DEL CLIENTE

Preso atto dell'informativa sopra riportata e delle finalità dei trattamenti dei miei dati personali da parte della Vostra agenzia:

- 1 ☐ Consento ☐ non consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 1 dell'informativa (attività di informazione commerciale e/o promozione da parte dell'agenzia);
- 1 ☐ Consento ☐ non consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 dell'informativa (comunicazione dei dati a terzi operanti nel settore assicurativo/finanziario);

Data.....

Firma dell'assicurato.....

CELLULARE N.

INDIRIZZO E-MAIL



**S.I.A. – SERVIZI INTEGRATI ASSICURATIVI
SOCIETA' COOPERATIVA**

Sede legale Via Brennero 52 - 38121 TRENTO

Sede operativa e amministrativa Piazza delle Donne Lavoratrici 2 – 38123 Trento

C.F./P.IVA 02476980160

RUI: A000057617

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto Contraente, dichiara di aver ricevuto e preso visione delle comunicazioni previste dall'art. 49 III comma del Regolamento IVASS n° 5/2006:

1. Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti (Mod. 7A):
2. Informazioni da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comportino tali modifiche (Mod. 7B):
3. Nota informativa del contratto:
4. Condizioni di assicurazione della polizza n°

Contraente

Nome e cognome/Ragione sociale *(scrivere con un carattere leggibile)*

LAURETTI AUTOMobili
Via Marittima 120 - 05025 Ceccano (FR)
Tel. 0775.641264 - 621039
Partita IVA 01655470605
lautind@tin.it

Firma del contraente

Lauretti P...

Trento, li 20-3-12

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO PROPOSTO

COGNOME..... NOME..... (di seguito cliente)
CODICE FISCALE.....
DATA DI NASCITA..... CODICE CLIENTE (se già cliente).....

Da quale tipo di rischio vuole proteggersi stipulando un contratto d'assicurazione?

- ☐ morte o lesioni da infortunio malattia
- ☐ danni alle cose
- ☐ estensioni delle garanzie del venditore/costruttore rischi economici
- ☐ imprevisti viaggi
- ☐ assistenza legale nel caso di controversie, possibili azioni legali di terzi
- ☐ altro ASSIST. MEDICA - TUT. LEGALE - BAGAGLIO

(specificare il rischio non presente nell'elenco)

Rispetto al rischio sopra descritto, qual è il suo obiettivo?

(segue elenco esemplificativo)

- ☒ in caso di morte o lesioni da infortunio, tutelare i familiari o ricevere un indennizzo in caso di malattia, essere rimborsato per le spese sostenute
- ☐ in caso di malattia, ricevere assistenza domiciliare e di orientamento al recupero fisico in caso di malattia, ricevere un indennizzo
- ☐ in caso di danni alle cose, essere rimborsato dei danni
- ☐ in caso di danni alle cose, ricevere una pronta riparazione in caso di rischi economici, non sostenere esborsi
- ☐ in caso di viaggio, quando si presentino, prima o durante lo stesso, eventi imprevisti, ricevere l'assistenza professionale necessaria
- ☐ in caso perdite pecuniarie, essere rimborsato integralmente
- ☒ in caso di assistenza legale, avere il rimborso delle spese legali sostenute o essere tenuto indenne dei costi ad esse relative

☐

Nel caso volesse tutelarsi verso il rischio "morte", quali soggetti intenderebbe far beneficiare delle prestazioni del contratto?

- ☒ eredi legittimi

☐

☐

☐

☐

☐

Ha in corso o sta perfezionando altri contratti di assicurazione che garantiscono il rischio sopra descritto?

- ☐ sì

con la Compagnia _____, a partire dal _____

con polizza n. _____

☒

no

Qual è l'età del soggetto che si intende assicurare?

☐

45

(indicare l'età, in particolare se trattasi di persona diversa dal cliente)

Svolge un'attività che comporta un obbligo normativo ad assicurarsi?

☐

sì

(indicare l'attività)

☒

no

L'eventuale presenza, nel contratto di assicurazione, di periodi di carenza, limitazioni ed esclusioni della garanzia assicurativa, diritti di rivalsa dell'assicuratore, periodi massimi di erogazione delle prestazioni, franchigie, scoperti e massimali, sarebbe di ostacolo alla conclusione del contratto?

☐

sì

☒

no

Lo scoperto corrisponde ad una somma detratta dalla prestazione assicurativa il cui ammontare è proporzionale all'importo della prestazione medesima, mentre la franchigia corrisponde ad una somma fissa detratta dall'ammontare delle prestazioni.

I concetti sopra espressi Le sono chiari a sufficienza?

☒

sì

☐

no

A che tipo di contratto preferisce aderire?

☐

annuale da rinnovare ad ogni scadenza

☐

pluriennale, salvo diritto di recesso

☐

annuale con tacito rinnovo, salvo disdetta

TEMPORALEO <

A grandi linee quale somma pensa di impiegare nel pagamento del premio assicurativo del contratto che intende stipulare?

☒

non superiore a 250 euro

☐

da 250 a 500 euro

☐

oltre 500 euro _____

Il sottoscritto _____ conferma di aver fornito le informazioni riportate.
In fede.

Data 10-3-12 Firma del cliente _____

AMMINISTRATORE UNICO
AMMINISTRATORE UNICO

Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

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

Data _____ Firma del cliente _____

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Dichiaro di avere informato il cliente che la proposta assicurativa, a cui lo stesso intende aderire stipulando il contratto, non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze, alla luce delle informazioni acquisite perché _____

Data _____ Firma dell'intermediario _____

Firma del cliente _____