



GAVA BROKER

With Commercial Trademark

Conviene online.it

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

INFORTUNI

**PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
O SOLO PROFESSIONALE O SOLO EXTRAPROFESSIONALE**

BIOLOGO

INDIVIDUALE

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

o solo per l'Attività Professionale o solo per l'Attività Extra Professionale

BIOLOGI

CON ATTIVITA' IN QUALITA' DI LIBERO PROFESSIONISTA – AMMINISTRATORE – DIRIGENTE - DIPENDENTE

Caratteristiche e Prestazioni

Somme massime assicurabili, limiti e franchigie

(Per somme superiori, gli Assicuratori valuteranno volta per volta)

Caso morte	€ 500.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000	* Franchigia come da riquadro sottostante
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 100	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: 7 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 100	- limite massimo: 90 giorni per evento - franchigia: 5 giorni
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero per Inf.	€ 100	- limite massimo: 90 giorni per evento - franchigia: nessuna / 1 giorno
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 50.000	- franchigia: € 75,00
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ 300.000	

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

Franchigia 3% (non applicabile se invalidità permanente è pari o superiore al 10%)

- Applicazione della **tabella "A" INAIL** allegata al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965, ai fini dell'accertamento dell'Invalidità Permanente da Infortunio e relativa percentuale di liquidazione del sinistro
(per I. P. da Infortunio accertata per almeno il 50%, liquidazione del capitale assicurato al 100%)
- Per l'Invalidità Permanente da Infortunio, possibilità di applicare la **Tabella "B"** specifica di super valutazione

Normativa e caratteristiche:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Le coperture dovranno sempre prevedere almeno il caso Morte e il caso Invalidità Permanente da Infortunio; 2. Validità Territoriale: Mondo intero; 3. Denuncia Sinistro: entro 30 giorni; 4. Anticipo indennizzi: acconto del 50% se l'importo è superiore a € 100.000; 5. Limite massimo di età; per gli Infortuni 70 anni, (con possibilità di estendere sino all'età di 85 anni con aumenti dei premi). 	<p>Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500; 2- Qualità della vita, sino a € 15.000; 3- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000; 4- Tabella specifica per le Ustioni.
---	---

IMPORTANTE

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

<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri e/o attività all'esterno	<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri e/o attività all'esterno
<input type="checkbox"/> <u>Dipendente</u>	<input type="checkbox"/> <u>Dirigente</u>	<input type="checkbox"/> <u>Amministratore</u>	<input type="checkbox"/> <u>Libero Professionista</u>
Vuole assicurarsi per l'attività:	<input type="checkbox"/> <u>Professionale ed Extraprofessionale</u>	<input type="checkbox"/> <u>solo Professionale</u>	<input type="checkbox"/> <u>solo Extraprofessionale</u>

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

Morte da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	€ _____
Diaria per ricovero da Infortunio	€ _____
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ _____
Diaria da convalescenza a seguito di ricovero da Infortunio	€ _____
Rimborso Spese Mediche da Infortunio in caso di ricovero	€ _____
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ _____

Premi annui lordi riservati agli iscritti all'ENPAB per Attività Professionale ed Extraprofessionale

Garanzie	Senza accesso ai cantieri e/o attività all'esterno
Caso Morte	€ 45 per ogni € 100.000
Caso Invalidità Permanente da Infortunio (applicazione tabella "A" INAIL)	€ 54 per ogni € 100.000
Inabilità temporanea	€ 1,70 x € assicurato
Diaria per ricovero da infortunio	€ 0,57 x € assicurato
Diaria per ingessatura - apparecchio immobilizzante	€ 0,45 x € assicurato
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero per Infortuni	€ 0,90 x € assicurato
Rimborso Spese Mediche da Infortunio in caso di ricovero	€ 6,80 per ogni € 1.000
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ 25 per ogni € 100.000

Applicazione della Tabella "B", specifica di super valutazione: aumento del 30%

Per assicurare la sola Attività Professionale o la sola Attività Extraprofessionale: sconto del 40%

Per assicurare anche l'attività svolta con accesso ai cantieri e/o l'attività all'esterno: aumento del 20%

Per attività di Biologo Marino, Ambientale, Botanico e Zoologico le tariffe vengono aumentate del 30%

I premi indicati, sono riservati agli iscritti all'ENPAB.

Contatti: enpab@gavabroker.it Ufficio di Brindisi: tel. 0831585902-Ufficio di Ortona (CH): tel. 0859066336

Questionario Lloyd's Infortuni *Accident Lloyd's Proposal Form*

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 e 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. **Codice Fiscale / Fiscal Code:** _____

Partita IVA / 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 _____

11. **Consuma alcolici? / Do you drink alcohol?**
 Si/Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how much per day _____

No/No

Vuole l'applicazione della TABELLA "B", specifica di super valutazione per l'Invalidità Permanente da Infortunio?

Si/Yes **No/No**

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?/ <i>Flights other than as a passenger?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 13. Viaggi aerei non con voli di linea?/ <i>Flights other than using scheduled flights?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 14. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ <i>Travel abroad for business or leisure?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 15. Sport invernali?/ <i>Winter Sports?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 16. Immersioni subacquee con respiratore?/ <i>Scuba Diving?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 17. Alpinismo con uso di funi e guide?/ <i>Mountainering with use of ropes and guides?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 18. Speleologia?/ <i>Potholing?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 19. Volo a vela o paracadutismo?/ <i>Hang-gliding or parachuting?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 20. Caccia a cavallo, attività equestre?
<i>Hunting on horseback, horse riding?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 21. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?
<i>Participation to any kind of running, race or competition?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 22. Guidate moto?/ <i>Do you drive motor cycles or a scooter?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 23. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?
<i>Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |
| 24. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?
<i>Do you suffer from defective hearing or vision?</i> | <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?
<i>Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No |

**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 capitali.
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 è 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 né 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):

DICHIARAZIONI

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario o Modulo di Proposta, dichiara:

- **che le informazioni contenute nel presente Questionario-Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Questionario-Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto Glossario e Condizioni di Assicurazione che regolano il Contratto e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della Polizza;**
- **di aver ricevuto il DIP e il DIP Aggiuntivo componenti il Set Informativo come previsto dal Regolamento IVASS 41/2018;**
- **di aver ricevuto la Copia del Modello Unico Precontrattuale per i prodotti assicurativi (MUP 3) ai sensi dell'Art.56 comma 8, Regolamento IVASS 40/2018;**
- **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della GAVA BROKER S.r.l.;**
- **di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Questionario-Modulo di Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Questionario-Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Questionario-Modulo di Proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>

FIRMA QUI >>

DATA >>>

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. 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 S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

GAVA BROKER S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Informativa Privacy Ai Sensi Degli Articoli 13 e 14 Del Regolamento (UE) 679/2016, Del D. Lgs. 196/03 e Ulteriori Normative Vigenti In Materia Di Privacy e Protezione Di Dati Personali.

Gentile Utente,

ai sensi delle normative vigenti in materia di privacy e protezione di dati personali e in relazione ai dati personali che Lei comunica a GAVA BROKER Srl direttamente o che sono acquisiti da terzi, che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è GAVA BROKER Srl, con sede legale e direzione generale in Brindisi alla Via Danimarca n. 2, nella persona del Legale Rappresentante Geom. Giovanni Semeraro.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali da Lei forniti a GAVA BROKER Srl o comunque acquisiti da GAVA BROKER Srl attraverso terzi, sono trattati dalla nostra società e/o dai nostri incaricati per le seguenti finalità:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale; nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso
- b) espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui GAVA BROKER Srl è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi; la base giuridica del trattamento è il consenso

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker, collaboratori).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica preposta;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria e ad altri enti pubblici.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a info@gavabroker.it. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati è il Geom. Giovanni Semeraro. Per l'esercizio dei suoi diritti, per ogni eventuale dubbio o chiarimento, può rivolgere richiesta mediante posta elettronica all'indirizzo dpo@gavabroker.it o lettera raccomandata all'indirizzo GAVA BROKER Srl – Via Danimarca n. 2 – 72100 Brindisi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;

L'Interessato

Luogo

(Nome e Cognome leggibili)

Data ___/___/___

(Firma)

- b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett. c)

L'Interessato

Luogo

(Nome e Cognome leggibili)

Data ___/___/___

(Firma)

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di GAVA BROKER Srl di ulteriori dati particolari (relativo alla salute), Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

<p>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi nell'esercizio della propria professione:</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.</p>	<p>Ho letto e compreso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Esistenza di altre coperture assicurative (Barrare la casella appropriata):</p>	
<p>Rc Professionale</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Infortuni</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Malattia</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Incendio</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Furto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Cauzioni</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Previdenza</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Multi rischi in genere</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Tutela legale</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Trasporti</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Auto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Nessuna</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Altro</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Quali sono le sue esigenze assicurative? (Barrare la casella appropriata):</p>	
<p>Premorienza</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Veicoli</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Redditi/Finanziamenti</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Tenore di vita/Patrimonio</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Beni</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Responsabilità civile professionale</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Previdenza</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Viaggi</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Tutela legale</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Infortuni</p>	<input type="checkbox"/>
<p>FIRMA QUI >> _____ DATA >>> _____</p>	

