

**Polizza n° 00041031006086**

Sostituisce la polizza n° 00041031005861

Agenzia di NAPOLI - 000410

Codice agenzia 000410 - Nodo di il livello 000410012 - Partizione 028

**Contraente** S.i.r.m.-Soc.ital.radiol.medica Codice fiscale: 80150910109  
 Indirizzo: Via Della Signora, 2 - 20122 - Milano (MI)

**Durata** 1 anno Inizio: 01/01/2018 Scadenza: 01/01/2019 Tacito rinnovo: SI

**Prima rata** Dalle ore 24.00 del 01/01/2018 alle ore 24.00 del 01/01/2019

**Rate successive** Scadenza: 01/01 di ciascun anno

**Rateazione** Annuale dal 01/01/2019

**Regolazione premio** NO

**Convenzione** Protocollo libero

**Coassicurazione** SI

**Premio minimo annuo garantito** euro 100,00

**Allegato** N° 1 allegato

Assicurato	Qualifica	Premio annuo totale netto in euro
------------	-----------	-----------------------------------

Bene Generico ADERENTI 97,56

	PREMIO					TOTALE
	netto	addizionale	imponibile	aliquota imposta	imposte	
Infortuni	97,56	--	97,56	4,38	2,44	100,00
<b>Premio annuo euro</b>	97,56	--	97,56		2,44	<b>100,00</b>
Infortuni	97,56	--	97,56	4,38	2,44	100,00
<b>Premio alla firma euro</b>	97,56	--			2,44	<b>100,00</b>
<b>Rate successive euro</b>	97,56	--	97,56		2,44	<b>100,00</b>



**Ulteriori dichiarazioni****Il Contraente dichiara inoltre di:**

- aver preventivamente ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 25/10/2015 e di aver rilasciato i relativi consensi
- consegnare copia all'Assicurato dell'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 25/10/2015, di raccogliere il consenso sottoscritto e di trasmetterlo a Cattolica tempestivamente
- impegnarsi a mettere a disposizione dell'Assicurato le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED. 11720/2017, ed eventuali appendici ove previste, al momento della loro inclusione nella copertura assicurativa
- aver ricevuto - ai sensi del Reg. ISVAP n. 5/2006 e s.m.i. - l'informativa riguardante gli obblighi di comportamento dell'intermediario (MOD. 7A) o di averne preso visione in quanto affisso nei locali dell'intermediario, e di aver ricevuto le informazioni generali sull'intermediario assicurativo e potenziali situazioni di conflitto d'interessi (MOD. 7B)
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED. 11720/2017
- scheda tecnica n° 1
- l'allegato: 1 Coassicurazione

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni.

Si precisa inoltre che:

VEDASI NORMATIVO POLIZZA 410.31.5861

Il presente contratto è stato redatto in 4 esemplari a un solo effetto in NAPOLI il 10/11/2017.

**Qualora il contratto venga sottoscritto con Firma Elettronica Avanzata, sarà redatto in un unico esemplare.**

Il Contraente prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà del Contraente di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.

EUROCOVER SRL

Ag. Gen. CATTOLICA Ass. ni - Soc. Coop.

L'Amministratore Dott. Walter Succurullo

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le indicazioni richieste al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione: Vedasi normativo polizza 410.31.5861

CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e ai sensi del regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota informativa MOD. POL INF 5 - ED. 31/05/2017; le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED. 11720/2017; modulo di proposta, ove previsto.

Il Contraente dichiara di essere stato informato della possibilità di richiedere che la documentazione precontrattuale e contrattuale gli venga trasmessa in formato elettronico all'indirizzo e-mail dallo stesso fornito. Resta ferma la possibilità di richiedere in ogni momento la documentazione in formato cartaceo, nonché di revocare il consenso in precedenza espresso, anche mediante posta elettronica o registrazione vocale.

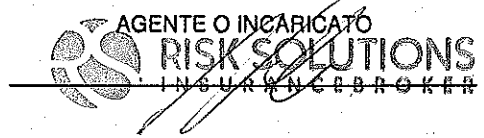
CONTRAENTE

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a mie mani in:

Luogo e data 15 DIC. 2017



S.A. - MOD. 200/LS

10/11/2017

					INFORTUNI
AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL	N. APP.	CONTRAENTE/ASSICURATO
NAPOLI	410	31	5861	125	SIRM - SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA

Di comune accordo fra le parti, in occasione della scadenza annuale alle ore 00:00 del 01.01.2018, si provvede a :

- A. modificare il numero di POLIZZA in **6086**
- B. ristrutturare come segue il riparto di coassicurazione:

SOCIETA' ASSICURATRICI		AGENZIA	COD.	QUOTA %
DELEGATARIA	CATTOLICA	EUROCOVER NAPOLI	410	50
COASSICURATRICI	REALE MUTUA	GERENZA ROMA	-	50
<b>TOTALE.....</b>				<b>100</b>

In caso di sinistro CATTOLICA gestirà, definirà e provvederà alla liquidazione dell'indennizzo mediante quietanza unica per conto di tutte le coassicuratrici, le quali si impegnano ad accettare la liquidazione definita da CATTOLICA, rispondendo del pagamento in proporzione della rispettiva quota assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di CATTOLICA all'uopo designata quale coassicuratrice delegataria.

Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta da CATTOLICA nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

CATTOLICA è anche incaricata dalle coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal contraente/assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio, CATTOLICA può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

La firma della Delegataria, apposta per mandato delle Coassicuratrici anche in loro nome e per loro conto, rende valida ad ogni effetto la presente polizza.

**Pertanto, conformemente all'art 13 comma 5 della predetta polizza, al perfezionamento del presente atto, la Contraente versa un premio anticipato di euro 100,00 (comprensivo di imposte) che sarà detratto nel conteggio della prima regolazione premio.**

**FERMO ED INVARIATO IL RESTO**

La presente appendice è stata redatta GSC\_ in Napoli il 7 novembre 2017.

SOC. CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC. COOP. <b>EUROCOVER</b> srl Agenzia Generale in Napoli L'Amm.re Dott. Walter Cuccurullo	IL CONTRAENTE/ASSICURATO:  
--	---

S.A. - MOD. 2001LS

Pagina 1 di 1

MOD. POL INF 2 - ED. 11/720/2017

polizza n. 00041031006086

**APPENDICE DI VARIAZIONE N° 105**

**Polizza n° 00041031005861**

**Agenzia di NAPOLI**

**Contraente S.i.r.m.-Soc.ital.radiol.medica**

La presente appendice di variazione ha effetto dal 01/01/2017

A parziale deroga dell'art.13 ) persone assicurate e loro identificazione\_ pagamento del premio comma 3, si precisa che relativamente ai medici iscritti alla sirm che rinnovano la copertura assicurativa già operante nell'anno precedente con una delle polizze convenzione sirm - Airo - Aimn, sono considerati - Automaticamente e senza soluzione di continuità - In copertura anche per l'anno successivo, purché il pagamento del premio sia effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza (ore 00 dell'01.Gennaio)

se il socio assicurato non paga il premio annuale l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento.

Fermo il resto.

La presente appendice di variazione forma parte integrante della polizza n° 00041031005861.  
E' redatta in 3 esemplari a un solo effetto in NAPOLI il 30/12/2016 e sottoscritta il \_\_\_\_\_.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.  
AGENTE O DIREZIONE

**EUROCOVER SRL**

**Ag.Gen.CATTOLICA Ass.ni-Soc.Coop.**

**L'Ass.re Dott. Walter Cuccurullo**

IL CONTRAENTE



\*\*\* SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO \*\*\* SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO \*\*\* SPAZIO



					INFORTUNI
AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL.	N. APP.	CONTRAENTE/ASSICURATO
NAPOLI	410	31	5861	84	SIRM - SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA

Di comune accordo tra le parti e a maggior chiarimento di quanto riportato nella variazione n° 79 della presente polizza deve intendersi valido, con medesimo effetto, il seguente testo:

Di comune accordo tra le parti si precisa che dal 31.12.2015 ciascun medico assicurato che abbia aderito alla polizza Convenzione SIRM potrà ottenere - per l'annualità per la quale abbia corrisposto il premio di adesione - l'estensione di garanzia al contagio HIV ed EPATITE "B" e "C" sottoindicata previo pagamento della relativa integrazione di premio (vedi art. 9 della presente estensione di garanzia), **fermo restando che tale estensione avrà effetto dalle ore 00,00 del giorno successivo a quello del pagamento (inteso quello della valuta a favore del beneficiario) dell'integrazione di premio e scadenza ore 00,00 del 01.01 dell'anno successivo senza alcuna proroga tacita.**

Ad integrazione di quanto indicato dal comma 4 dall'art. 13 PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE\_PAGAMENTO DEL PREMIO" il broker, negli stessi termini ivi indicati, fornirà altresì l'elenco degli assicurati che hanno attivato l'estensione di garanzia e corrisposto direttamente al Broker l'integrazione di Premio, indicando per ogni nominativo l'opzione prescelta.

I premi verranno versati dal Broker all'Agenzia Eurocover in sede di regolazione come previsto dal comma 5 del predetto articolo.

La compagnia autorizza il broker ad emettere, a fronte di ciascuna adesione, il relativo certificato per l'estensione di garanzia.

### **ESTENSIONE CONTAGIO H.I.V. e EPATITE "B" e "C"**

D'accordo tra le parti e a deroga di quanto stabilito nelle condizioni di assicurazione previste dalla polizza n. 410.31.5861 si conviene quanto segue.

#### **A. CONDIZIONI PARTICOLARI INFEZIONE DA VIRUS H.I.V. IN CONSEGUENZA di CONTAGIO ACCIDENTALE**

A deroga ed integrazione delle condizioni generali di assicurazione si conviene che, nel testo che segue, si intendono per:

**Sinistro** : l'evento dannoso accidentale verificatosi per il quale è prestata l'assicurazione;  
**Contagio** : l'evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, una infezione da virus H.I.V. clinicamente accertabile.

A deroga delle condizioni generali di assicurazione si conviene quanto segue:

#### **Art. 1 Oggetto dell'assicurazione**

La copertura vale esclusivamente per le persone indicate in polizza e per le conseguenze derivanti da contagio da virus H.I.V., come precedentemente definito, purché avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.



Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di detto contagio la Società corrisponde, a titolo di indennizzo, la somma assicurata indicata al successivo art.3 secondo gli accertamenti previsti dall'art. 4.

#### **Art. 2 Persone non Assicurabili**

Non sono assicurabili, e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

#### **Art. 3 Somma Assicurata**

In caso di sieropositività accertata secondo le modalità in seguito precisate, la Società corrisponde all'Assicurato, a titolo di indennizzo, la somma indicata nella presente appendice per tale garanzia.

#### **Art. 4 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi**

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a causa di un evento accidentale avvenuto durante lo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma, telex o fax.

E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dal Contraente o diversamente dall'Ente presso il quale si è verificato il sinistro.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Le spese relative agli accertamenti clinici di cui sopra saranno interamente rimborsati dalla Società solo in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza diversamente dette spese rimarranno a carico dell'Assicurato-

#### **Art. 5 Criteri di indennizzabilità**

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità delle garanzie pena decadenza della stessa in caso di inadempimento con conseguente perdita del diritto all'indennizzo.

Fermo restando quanto premesso la Società, in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto al precedente art. 3.

### **B. CONDIZIONI PARTICOLARI RISCHIO EPATITE B E C**

A deroga delle condizioni generali di polizza si conviene quanto segue:

#### **Art. 6) Oggetto dell'assicurazione**

La garanzia si intende estesa al rischio di contagio da virus dell'EPATITE B e C, nel limite della somma indicata nella presente appendice per tale garanzia. Il contagio da Epatite b e c deve essere avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.

#### **Art. 7) Denuncia di sinistro ed obblighi relativi. Criteri di indennizzabilità**

Sono confermati i termini previsti dall'art. 4 delle "condizioni particolari infezione da virus h.i.v. in conseguenza di contagio accidentale", alle cui modalità ci si riferisce anche per il seguente articolo



(denuncia alla Società del sinistro entro 3 giorni, accertamenti diagnostici entro 6 giorni per il primo test e 180 per il secondo test). Qualora il primo test per l'epatite risultasse positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; viceversa se fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi al secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

- se l'EPATITE è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;
- se l'EPATITE è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

**a) Valutazione del grado di Invalidità Permanente**

Il grado di Invalidità viene valutato - non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia - secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124. La valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

**b) Tabella di liquidazione dell'Indennizzo**

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità è inferiore al 25% della totale;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 ed oltre	100
64	67		

- 3) Il diritto indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida agli eredi il relativo importo.





**C. SOMME ASSICURATE e PREMI**

**Art. 8) Somma Assicurata per contagio H.I.V. e EPATITE B C**

La garanzia per entrambe le sezioni viene prestata per ciascun assicurato come segue:

- opzione A) € 150.000,00
- opzione B) € 100.000,00
- opzione C) € 50.000,00

nota bene: deve essere scelta un'unica opzione valida per ciascun assicurato

**Art. 9) Premi**

Il premio annuo pro/capite, comprensivo di imposte, viene fissato in:

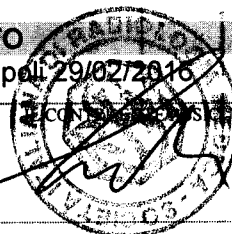
- opzione A) = € 180,00
- opzione B) = € 120,00
- opzione C) = € 60,00

**FERMO ED INVARIATO IL RESTO**

La presente appendice è stata emessa in triplice copia in GSC Napoli 29/02/2016

SOC. CATTOLICA DI ASS.NE SOC. COOP.

**EUROCOVER SRL**  
Agenzia Generale in Napoli  
L'Amministratore Dott. Walter Cuccurullo



AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL	N. APP.	INFORTUNI
					CONTRAENTE/ASSICURATO
NAPOLI	410	31	5861	79	SIRM - SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA

Di comune accordo tra le parti si precisa che dal 31.12.2015 ciascun medico assicurato che abbia aderito alla polizza Convenzione SIRM potrà ottenere - per l'annualità per la quale abbia corrisposto il premio di adesione - l'estensione di garanzia al contagio HIV ed EPATITE "B" e "C" sottoindicata previo pagamento della relativa integrazione di premio (vedi art. 9 della presente estensione di garanzia), **fermo restando che tale estensione avrà effetto dalle ore 00,00 del giorno successivo a quello del pagamento (inteso quello della valuta a favore del beneficiario) dell'integrazione di premio e scadenza ore 00,00 del 01.01 dell'anno successivo senza alcuna proroga tacita.**

Ad integrazione di quanto indicato dal comma 4 dall'art. 13 PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE\_PAGAMENTO DEL PREMIO" il broker, negli stessi termini ivi indicati, fornirà altresì l'elenco degli assicurati che hanno attivato l'estensione di garanzia e corrisposto direttamente al Broker l'integrazione di Premio, indicando per ogni nominativo l'opzione prescelta.

I premi verranno versati dal Broker all'Agenzia Eurocover in sede di regolazione come previsto dal comma 5 del predetto articolo.

La compagnia autorizza il broker ad emettere, a fronte di ciascuna adesione, il relativo certificato per l'estensione di garanzia.

**ESTENSIONE CONTAGIO H.I.V. e EPATITE "B" e "C"**

D'accordo tra le parti e a deroga di quanto stabilito nelle condizioni di assicurazione previste dalla polizza n. 410.31.5861 si conviene quanto segue.

**A. CONDIZIONI PARTICOLARI INFEZIONE DA VIRUS H.I.V. IN CONSEGUENZA di CONTAGIO ACCIDENTALE**

A deroga ed integrazione delle condizioni generali di assicurazione si conviene che, nel testo che segue, si intendono per:

- Sinistro** : l'evento dannoso accidentale verificatosi per il quale è prestata l'assicurazione;  
**Contagio** : l'evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, una infezione da virus H.I.V. clinicamente accertabile.

A deroga delle condizioni generali di assicurazione si conviene quanto segue:

**Art. 1 Oggetto dell'assicurazione**

La copertura vale esclusivamente per le persone indicate in polizza e per le conseguenze derivanti da contagio da virus H.I.V., come precedentemente definito, purché avvenuto durante l'espletamento dell'attività svolta per ordine e conto della Contraente.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di detto contagio la Società corrisponde, a titolo di indennizzo, la somma assicurata indicata al successivo art.3 secondo gli accertamenti previsti dall'art. 4.



**Art. 2 Persone non Assicurabili**

Non sono assicurabili, e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

**Art. 3 Somma Assicurata**

In caso di sieropositività accertata secondo le modalità in seguito precisate, la Società corrisponde all'Assicurato, a titolo di indennizzo, la somma indicata nella presente appendice per tale garanzia.

**Art. 4 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi**

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a causa di un evento accidentale avvenuto durante lo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma, telex o fax.

E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dal Contraente o diversamente dall'Ente presso il quale si è verificato il sinistro.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Le spese relative agli accertamenti clinici di cui sopra saranno interamente rimborsati dalla Società solo in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza diversamente dette spese rimarranno a carico dell'Assicurato-

**Art. 5 Criteri di indennizzabilità**

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità delle garanzie pena decadenza della stessa in caso di inadempimento con conseguente perdita del diritto all'indennizzo.

Fermo restando quanto premesso la Società, in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto al precedente art. 3.

**B. CONDIZIONI PARTICOLARI RISCHIO EPATITE B E C**

A deroga delle condizioni generali di polizza si conviene quanto segue:

**Art. 6) Oggetto dell'assicurazione**

La garanzia si intende estesa al rischio di contagio da virus dell'EPATITE B e C, nel limite della somma indicata nella presente appendice per tale garanzia. Il contagio da Epatite b e c deve essere avvenuto durante l'espletamento dell'attività svolta per ordine e conto della Contraente

**Art. 7) Denuncia di sinistro ed obblighi relativi. Criteri di indennizzabilità'**

Sono confermati i termini previsti dall'art. 4 delle "condizioni particolari infezione da virus h.i.v. in conseguenza di contagio accidentale", alle cui modalità ci si riferisce anche per il seguente articolo (denuncia alla Società del sinistro entro 3 giorni, accertamenti diagnostici entro 6 giorni per il primo test e 180 per il secondo test). Qualora il primo test per l'epatite risultasse positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; viceversa se fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni



successivi, dovrà sottoporsi al secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

- se l'EPATITE è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;
- se l'EPATITE è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

**a) Valutazione del grado di Invalidità Permanente**

Il grado di Invalidità viene valutato - non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia - secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124. La valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Società che terranno conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

**b) Tabella di liquidazione dell'Indennizzo**

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità è inferiore al 25% della totale;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 ed oltre	100
64	67		

3) Il diritto indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata, sia stato pagato, la Società liquida agli eredi il relativo importo.

**C. SOMME ASSICURATE e PREMI**

**Art. 8) Somma Assicurata per contagio H.I.V. e EPATITE B C**

La garanzia per entrambe le sezioni viene prestata per ciascun assicurato come segue:

- opzione A) € 150.000,00
- opzione B) € 100.000,00
- opzione C) € 50.000,00

nota bene: deve essere scelta un'unica opzione valida per ciascun assicurato

**Art. 9) Premi**

Il premio annuo pro/capite, comprensivo di imposte, viene fissato in:

- opzione A) = € 180,00
- opzione B) = € 120,00
- opzione C) = € 60,00

**FERMO ED INVARIATO IL RESTO**

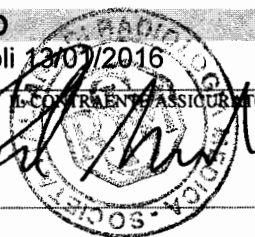
La presente appendice è stata emessa in triplice copia in CAI Napoli 13/07/2016

SOC. CATTOLICA DI ASS. IN SOC. COOP.

**EUROCOVER SRL**

Agenzia Generale in Napoli

L'Amm.re Dott. Walter Cuccurullo



**CATTOLICA**

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE

AGENZIA DI EMISSIONE	COD. AGENZIA	RAMO N. POLIZZA	PRODOTT.
NAPOLI	410	31 5861	12
COD. AGENZIA	RAMO N. POLIZZA	SCADENTE IL	S/NO
410 31	5791	31 12 2010	NO
			COASSICURAZIONE
			NO

SOSTITUISCE LA POLIZZA

La SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE (in seguito denominata Società), in base alla proposta ed alle norme che regolano l'assicurazione contenute nell'Allegato n. 1 Mod. 1080/A Infortuni Ed. 12/2006 che forma parte integrante della presente polizza e che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare, assicura contro gli infortuni le persone (in seguito denominate Assicurato), indicate nell'elenco allegato Mod. 1081/E Infortuni Ed. 12/2006. Il contratto viene stipulato dal:

SIG. - DITTA - ENTE (di seguito denominato Contraente)	CODICE FISCALE	COD. CLIENTE
S.I.R.M. - SOCIETA' ITALIANA RADIOLOGIA MEDICA	80150910109	2107

INDIRIZZO	N. CIVICO	COMUNE	PROV.	C.A.P.
VIA DELLA SIGNORA	2	MILANO	MI	20122

LA POLIZZA È STIPULATA PER LA DURATA DI ANNI	PIÙ EVENTUALE RATEO	INIZIO	TERMINE	RATEAZIONE DEL PREMIO	SCADENZA RATE
2		01 01 2011	01 01 2013	ANNUALE	01

INDICIZZAZIONE	INDICE INIZIALE	RIFERITO AL MESE DI	DEL	FATTO 100 L'INDICE DEL
NO				

**MODALITÀ DI DISDETTA:** lettera raccomandata da inviare 3 mesi prima della scadenza (v. art. 9).

**DICHIARAZIONE:** con riferimento all'art. 1 delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente dichiara che le attività professionali (principali e secondarie) degli Assicurati sono quelle riportate sull'allegato elenco Mod. 1081/E Infortuni Ed. 12/2006.

Sono inoltre operanti le seguenti Condizioni Particolari:

=====	
-------	--

nonchè le Condizioni Aggiuntive delle App. DATTILOSCRITTE /All

L'assicurazione ha effetto a norma dell'art. 3 mediante l'anticipato pagamento del premio, accessori ed imposte

**SOC. CATTOLICA DI ASSICURAZIONE**  
Ricocontro Cassa Agenzia Napoli 410

- 2 DIC 2010

**REGISTRATO**

**VEDI ALLEGATO**

**PRESTAZIONI - SOMME ASSICURATE E MASSIMALI IN EURO**  
(vedasi anche allegato elenco Mod. 1081/E Infortuni Ed. 12/2006)

- Per il caso di morte (v. art. 24)	€ _____ (Euro _____)
- Per il caso di invalidità Permanente (v. art. 25/A - 25/B)	€ _____ (Euro _____)
- Per il caso di inabilità temporanea (v. art. 26)	€ _____ (Euro _____)
- Per il rimborso delle spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche, ospedaliere (v. art. 28)	€ _____ (Euro _____)
- Per l'indennità giornaliera in caso di ricovero ospedaliero da infortunio (v. art. 29)	€ _____ (Euro _____)

N.B. La presente polizza è stipulata fra le parti in aggiunta e indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito dalle leggi vigenti o future.

**LIQUIDAZIONE DEL PREMIO IN EURO**

LA PRIMA RATA DI PREMIO HA INIZIO ALLE ORE 00 del	G M A	01 01 2011	E TERMINA ALLE ORE 00 del	G M A	01 01 2012	
PREMIO IN ENTRATA	PREMIO IN USCITA	ACCESSORI	DIRITTI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE
81,30		16,26		97,56	2,44	100,00
RATE SUCCESSIVE	PREMIO	ACCESSORI	DIRITTI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE
	81,30	16,26		97,56	2,44	100,00

Il presente contratto è stato redatto in tre esemplari ad un solo effetto in \_\_\_\_\_

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE

**EUROCOVER SAS**

Agenzia Generale in Napoli

L'Amm.re Dott. Walter Succurullo



CONVENZIONE SPEC. \_\_\_\_\_

24 novembre 2010

IL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE

L'AGENTE O L'INCARICATO

Il sottoscritto, con riferimento a quanto disposto dall'art. 1341 del C.C. dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli che regolano l'assicurazione: Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro. Art. 9 - Proroga del contratto. Art. 11 - Foro competente. Art. 21 - Altre assicurazioni. Art. 31 - Deferimento di controversie ad un collegio medico. Art. 34 - Indicizzazione.

Il pagamento dell'importo dovuto per la prima rata è stato effettuato alla firma della presente, a mie mani





IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLA  
NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE  
POLIZZA AI SENSI DELL'ART. 123 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 175 DEL  
17 MARZO 1995.

IL CONTRAENTE

**Altre dichiarazioni del Contraente** - Il Contraente, con riferimento al disposto degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del C.C. dichiara che:

1) ha in corso per gli stessi assicurati le seguenti polizze:

NESSUNA

2) non gli sono state annullate, negli ultimi due anni, polizze per i medesimi rischi; in caso contrario indicare quali polizze, di quali Compagnie ed i motivi dell'annullamento:

NO

3) ha ricevuto i seguenti allegati di polizza: Allegato n. 1 mod. 1080/A Infortuni Ed. 12/2006 ed App. 1/All. mod. 1081/E Infortuni Ed. 12/2006.

4) I rischi garantiti con la presente polizza non sono assicurati presso Società poste in liquidazione coatta amministrativa con contratti trasferiti ad altra impresa a norma del D.L. 26/9/78 n. 576, così come convenuto nella Legge 24/11/78 n. 738.

NO



IL CONTRAENTE

## SOMMARIO

### DEFINIZIONI

#### 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
2. ALTRE ASSICURAZIONI
3. DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
4. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
5. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
6. DIMINUZIONE DEL RISCHIO
7. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE
8. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETA'
9. ONERI FISCALI
10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

#### 2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

11. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
12. SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI
13. PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE\_PAGAMENTO DEL PREMIO
14. OCCASIONI DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO
15. RISCHIO VOLO
16. MASSIMALE CATASTROFALE
17. ESCLUSIONI
18. LIMITE DI ETÀ\_PERSONE NON ASSICURABILI
19. ESTENSIONE TERRITORIALE
20. MORTE
21. MORTE PRESUNTA
22. INVALIDITÀ PERMANENTE
23. INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA
24. LIQUIDAZIONE DEL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE
25. ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE
26. MINORAZIONI PREESISTENTI
27. DENUNCIA DEL SINISTRO
28. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE
29. RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA
30. VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE
31. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA SIRM
32. CLAUSOLA BROKER

**EUROCOVER SAS**  
Agenzia S.p.A. CATTOLICA Ass- Napoli  
Estratto Dott. Walter Cuccurullo



## DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

<b>ASSICURATO</b>	Ciascun professionista iscritto al relativo ordine professionale e membro dell'associazione Contraente, esercente l'attività di medico specialista o specializzando dell'area Radiologica (medico radiologo), il quale abbia aderito alla presente polizza, tramite la sottoscrizione del modulo di adesione, che costituisce proposta irrevocabile di contratto, sulla base di quanto previsto dall'art. 1329 C.C., previo pagamento del relativo premio all'atto dell'adesione e dei singoli rinnovi.
<b>ASSICURAZIONE</b>	La garanzia o il complesso delle garanzie previste in polizza
<b>ASSOCIAZIONI oppure ASSOCIAZIONI DI MEDICI RADIOLOGI</b>	S.I.R.M. – SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA
<b>BROKER</b>	RS RISK SOLUTIONS srl _ RUI B000223809 Sede legale 80133_Napoli, Via Guantai Nuovi n. 11
<b>CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE</b>	Il singolo documento contenente i dati di ogni assicurato e della relativa copertura assicurativa
<b>CONTRAENTE</b>	Il soggetto che stipula la convenzione assicurativa il quale può identificarsi con l'Assicurato
<b>CONVENZIONE ASSICURATIVA</b>	Il contratto stipulato tra la Società ed il Contraente che sottoscrive nell'interesse dei propri associati
<b>FRANCHIGIA</b>	La parte del danno indennizzabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>INDENNIZZO</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
<b>INFORTUNIO</b>	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.
<b>INVALIDITA' PERMANENTE</b>	La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.
<b>POLIZZA</b>	Il documento che prova la convenzione assicurativa
<b>PERIODO ASSICURATIVO</b>	Periodo di validità della polizza
<b>PREMIO</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione
<b>SINISTRO</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
<b>SOCIETÀ</b>	La Società CATTOLICA di Assicurazione società cooperativa con sede legale in 37126 VERONA , Lungadige Cangrande, 16.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

### **2) ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente o l'Assicurato sono dispensati dall'obbligo esonerati di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro tuttavia l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori e può chiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

### **3) DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA**

**Ai sensi dell'art. 1899 CC – DURATA DELL'ASSICURAZIONE si conviene espressamente fra le parti che la presente Convenzione Assicurativa è stipulata per ANNI DUE, con decorrenza dalle ore 00,00 del 1.1.2011 - se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento - alle ore 00,00 del 1.1.2013.**

I premi devono essere pagati al BROKER al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il contraente o l'assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

### **4) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **5) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritto alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

### **6) DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **7) PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE**

In mancanza di disdetta data dalla Società con lettera RACCOMANDATA A.R. con preavviso non inferiore a 90 giorni prima della scadenza finale (01.01.2013) o dal Contraente nei termini di legge (preavviso minimo 60 gg), il contratto è rinnovato per una durata pari ad un biennio, e così successivamente.

### **8) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETÀ**

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, la Società potrà recedere:

- a) dal contratto relativo all'Assicurato al quale sia stata presentata la richiesta di risarcimento;
- b) dalla Convenzione Assicurativa.

In entrambi i casi, il recesso sarà efficace dalla scadenza dell'annualità assicurativa in corso, se inviato alla Contraente e/o all'Assicurato entro 90 giorni prima della scadenza stessa.

La comunicazione di recesso dovrà essere inviata al mezzo lettera raccomandata A.R. inviata sia alla Contraente che al Broker, nonché all'Assicurato in caso di recesso da un singolo contratto.

### 9 ) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### 10 ) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### 11 ) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, alle condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati nell'art. 12) che segue, al verificarsi di un infortunio -anche se dovuto a colpa grave oppure a stato di malore o di incoscienza- che l'Assicurato abbia a subire nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dal Contraente nella scheda di Polizza compreso l'Infortunio "in itinere", o nello svolgimento dell'attività familiare, di vita di relazione e del tempo libero, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- i colpi di sole o di calore;
- l'annegamento;
- l'assideramento od il congelamento;
- la folgorazione;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- le ernie addominali traumatiche, con esclusione di ogni altro tipo di ernia come previsto dal successivo art. 30;

E' compreso altresì l'infortunio verificatosi in occasione di tumulti popolari o atti di terrorismo, salvo quanto previsto al successivo art. 18) "Esclusioni", a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

### 12 ) SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI

Le garanzie assicurative vengono prestate per le seguenti combinazioni alternative:

COMBINAZIONE	"A"	"B"	"C"
MORTE	€ 150.000,00	€ 300.000,00	€ 500.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00	€ 300.000,00	€ 500.000,00
PREMIO ANNUO FINITO pro capite	€ 180,00	€ 360,00	€ 600,00

Per le inclusioni in garanzia avvenute

- ✓ fino al 30 giugno il premio verrà calcolato su base annua.
- ✓ dopo il 30 giugno il premio verrà calcolato su base mensile.

I massimali suindicati devono intendersi come massima esposizione della Società per ogni singolo assicurato, per uno o più sinistri accaduti nella stessa annualità assicurativa o periodo inferiore

### 13 ) PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE\_ PAGAMENTO DEL PREMIO

1. Sono assicurati tutti i medici iscritti alla SIRM che abbiano compilato il modulo di adesione - con indicazione della combinazione di somme assicurate prescelta - e pagato il relativo premio.
2. Per i medici che richiedono la copertura assicurativa per la prima volta (o la riprendono dopo averla precedentemente sospesa) la garanzia decorre dalla prima ora del 01 Gennaio di ciascun anno assicurativo e cessa alle ore 24,00 del 31 dicembre dello stesso anno, purché il premio relativo sia stato versato in data antecedente al 01 Gennaio.

**Qualora il pagamento del premio sia effettuato dopo il primo gennaio la garanzia decorre dalle ore 24,00 della data di pagamento, ma cessa comunque alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno.**

3. I medici iscritti alla SIRM che rinnovano la copertura assicurativa già operante:
  - con pol. Milano Assicurazioni n. 6001103067189 fino al 31.12.2010 (elenco analitico dei nominativi che il Broker s'impegna a trasmettere preventivamente alla Società)

**e successivamente**

- con la presente convenzione fino al 31.12 di ciascun anno sono considerati - automaticamente e senza soluzione di continuità - in copertura anche per l'anno successivo, purché il pagamento del premio sia effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza (ore 00 dell'01.Gennaio)

**Se il socio assicurato non paga il premio annuale l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento.**

4. Per l'identificazione delle persone assicurate il Broker fornirà, entro il mese successivo, l'elenco degli assicurati - ricevuto dalla SIRM ed integrato con le adesioni eventualmente raccolte direttamente dal broker stesso - che hanno comunicato la loro adesione nel mese precedente precisando, per ogni nominativo, la combinazione di somme assicurate prescelta.

In caso di sinistro denunciato da un Socio assicurato il cui nominativo non figura nell'elenco su menzionato l'Associazione o l'Assicurato è tenuto a fornire la prova che l'adesione all'assicurazione ed il relativo pagamento del premio sono avvenuti in data antecedente all'accadimento del sinistro

5. Al perfezionamento della presente polizza CONVENZIONE la Contraente versa un premio anticipato di euro 100,00 (comprensivo di imposte) che sarà detratto nel conteggio della prima regolazione premio.

**La regolazione corrispondente al numero complessivo degli assicurati, come precisato nei punti 1 e 4 che precedono, verrà effettuata con cadenza bimestrale a decorrere dal 28 Febbraio di ogni anno, fermo restando l'obbligo per la SIRM che raccoglie direttamente le adesioni con incasso del relativo premio, di provvedere all'invio dell'elenco delle nuove adesioni come previsto al punto 4).**

**Per le inclusioni in garanzia pervenute durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dalle ore 24,00 della data di pagamento del premio - come meglio specificato al punto 2 che precede.**

6. La Società autorizza il broker all'invio, ad ogni singolo Assicurato che aderisce alla convenzione, del certificato di assicurazione come da fac\_simile allegato. (ALLEGATO N. 1).

### 14 ) OCCASIONE DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO

La garanzia è operante anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di S. Marino, dello Stato del Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

**La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.**

### 15 ) RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo s'intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

### 16 ) MASSIMALE CATASTROFALE

Nel caso di Infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 3.000.000,00 (EUROTREMILIONI\_00).

Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

### 17 ) ESCLUSIONI

Restano esclusi dalla garanzia gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni ed alle relative prove;
- c) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultra leggeri, parapendio, salvo quanto previsto dall'art. 16), nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
- d) pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, free climbing (arrampicata libera), canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, sci estremo;
- e) pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- f) partecipazione a corse o gare -e relative prove ed allenamenti- ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e di arti marziali organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali o interaziendali;
- g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- h) guida di mezzi di locomozione in stato di ubriachezza
- i) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- j) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 15), contaminazione nucleare, biologica o chimica a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.

Per contaminazione si intende l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche che provochino infermità o morte.

Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona od un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o in collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o di intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;

- k) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti e inondazioni;
- l) trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza di Infortunio.

### **18 ) LIMITE DI ETÀ\_PERSONE NON ASSICURABILI**

**L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.**

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso dell'annualità assicurativa la garanzia mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Se la Società incassa premi scaduti successivamente è tenuta – su richiesta dell'Assicurato- a restituirglieli.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

### **19 ) ESTENSIONE TERRITORIALE**

La garanzia ha effetto per il mondo intero.

### **20 ) MORTE**

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta se la morte stessa si verifici -anche successivamente alla scadenza di Polizza- entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Tale somma viene corrisposta ai beneficiari designati o, in difetto di tale designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di detto Indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato –se superiore- e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

### **21 ) MORTE PRESUNTA**

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (art. 60 n. 3 e 62 C.C.) mentre, in caso di affondamento o naufragio, oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (artt. 211 e 838 C.N.).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o comunque non lo era a seguito di Infortunio Indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

### **22 ) INVALIDITÀ PERMANENTE**

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il diritto a tale indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le percentuali della tabella di cui alla lettera a) che segue e le disposizioni di cui alle successive lettere b) e c).



**a) Tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni su/ Lavoro del 30-6-65 n. 1124 – INAIL**

PERDITA TOTALE	DESTRO	SINISTRO
✓ di un arto superiore	85%	75%
✓ di un avambraccio	75%	65%
✓ di una mano	70%	60%
✓ di un arto inferiore sopra il ginocchio	65%	
✓ di un arto inferiore all'altezza o sotto il ginocchio	50%	
✓ di un piede	50%	
✓ del pollice	28%	23%
✓ dell'indice	15%	13%
✓ del mignolo	12%	
✓ del medio	12%	
✓ dell'anulare	8%	
✓ dell'alluce	7%	
✓ di ogni altro dito del piede	3%	
✓ della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
✓ della facoltà visiva di un occhio	35%	
✓ della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
✓ della capacità uditiva di un orecchio	15%	

**b) Condizioni di valutazione**

In caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

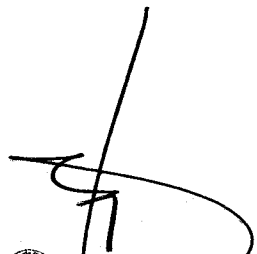
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti la valutazione viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi non specificati la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata, con riferimento alle percentuali previste dalla suindicata tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni sul Lavoro, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge predetta, ma con applicazione, per la determinazione dell'indennizzo, dei criteri di liquidazione e della Franchigia indicati all'art. 24) che segue.





### 23 ) INVALIDITA' PERMANENTE SPECIFICA

A parziale deroga dell'art. 21) che precede le percentuali di invalidità permanente, fermo il limite della somma assicurata, vengono così modificate:

#### Perdita totale

• del dito pollice	Percentuali di I.P. elevate al	<b>60%</b>
• del dito indice	Percentuali di I.P. elevate al	<b>60%</b>
• del dito medio	Percentuale di I.P. elevata dal 12% al	<b>30%</b>
• del dito anulare	Percentuale di I.P. elevata dall' 8 al	<b>20%</b>
• del dito mignolo	Percentuale di I.P. elevata dal 12 al	<b>20%</b>
• di una mano	Percentuali di I.P. elevate al	<b>100%</b>
• di un piede	Percentuale di I.P. elevata dal 50% al	<b>60%</b>
• di un occhio	Percentuale di I.P. elevata dal 35% al	<b>50%</b>

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini la minorazione o la perdita parziale e quindi non totale, anatomica o funzionale degli organi o degli arti suindicati, restano confermate le percentuali e le disposizioni previste all'art. 21).

### 24 ) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Sull'intera somma assicurata se l'invalidità permanente definitiva:

- è di grado non superiore al 5% (CINQUEPROCENTO) della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva accertata di grado non inferiore al 30% (TRENTAPROCENTO) della totale, non si applica la suddetta franchigia.-

### 25 ) ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE

Fermo quanto previsto dall'articolo successivo, la garanzia comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che, qualora:

- l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo
- l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo art. 27).

### 26 ) MINORAZIONI PREESISTENTI

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti.

### 27 ) DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker e/o alla Società, entro quindici giorni dall'infortunio.

Gli aventi diritto, in caso di morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro tre giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

### 28 ) CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.



Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazioni dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

### 29 ) RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio.

### 30 ) VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

L'Assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

### 31 ) ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DI SIRM

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che dovessero subire i membri del consiglio direttivo Sirm esclusivamente durante l'espletamento del loro mandato durante missioni, viaggi, partecipazione a congressi, riunioni ecc..

E' compreso l'uso degli ordinari mezzi di trasporto pubblico nonché l'uso e/o la guida di autoveicoli e motoveicoli ad uso privato purchè in stretta connessione allo svolgimento dell'attività indicata in precedenza.

Sono inoltre compresi gli infortuni che i suddetti soggetti dovessero subire durante il tragitto di andata e ritorno per recarsi al luogo di svolgimento delle attività inerenti il loro mandato.

Ciascun componente del CONSIGLIO DIRETTIVO è assicurato per le seguenti somme:

MORTE	€ 500.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 700.000,00

elevate, limitatamente ai componenti della giunta eletta dal consiglio direttivo a :

MORTE	€ 700.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 900.000,00

**Le somme suindicate devono intendersi come massima esposizione della Società per ogni singolo assicurato, per uno o più sinistri accaduti nello stesso anno assicurativo o periodo inferiore.**

### 32 ) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio assicurativo **RS RISKS SOLUTIONS srl** \_ RUI B000223809 con sede in 80133 \_ Napoli alla Via Guantai Nuovi, 11 e di conseguenza tutti i rapporti ad esso inerenti saranno svolti per conto del Contraente dal Broker su menzionato.

Per quanto concerne l'incasso premi di polizza il pagamento sarà effettuato dal Contraente direttamente al Broker il quale provvederà al successivo versamento alla Società.





Agli effetti dei termini stabiliti dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ogni comunicazione fatta - in nome e per conto del Contraente - dal Broker della Società, intenderà come fatta dallo stesso Contraente.

SOC. CATTOLICA di ASS.NE

**EUROCOVER SAS**

Agenzia Generale in Napoli  
L'Amm.re Dott. Walter Cuccurullo



IL CONTRAENTE

Agli effetti dell'art. 1341 CC il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale:

- Art. 1) (DICHIARAZIONE RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO)
- Art. 3) (DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA)
- Art. 7) (PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE)
- Art. 8) (DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETÀ)
- Art. 9) (ONERI FISCALI)



IL CONTRAENTE

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE N. ....

Relativo alla polizza n.

**00410.31.05861**

La Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa, in base alle norme contenute nella polizza n. 00410.31.05861 che l'Assicurato dichiara, avendo sottoscritto la relativa scheda di adesione, di aver letto, approvato ed accettato, assicura per gli Infortuni il sottoindicato professionista, in base alle garanzie sotto riportate come da indicazioni contenute nella stessa scheda di adesione, che costituisce proposta irrevocabile di contratto, come da previsione dell'art. 1329 del Codice Civile.

**CONTRAENTE della polizza è:**

**S.I.R.M. - Via della Signora, 2 - 20122 MILANO - cod. fisc. 80150910109**  
presso la quale sono depositate le condizioni di polizza ([www.sirm.org](http://www.sirm.org))

**ASSICURATO:**

**CODICE FISCALE**

--	--

**INDIRIZZO**

**C.A.P.**

**LOCALITA'**

**PROV.**

--	--	--	--

**INIZIO**

**TERMINE**

<b>EFFETTO COPERTURA</b>	ORE 00,00 DEL		ORE 00,00 DEL	01/01/2012
--------------------------	---------------	--	---------------	------------

**INFORTUNI**

GARANZIE PRESTATE	SOMME ASSICURATE in EURO (massima esposizione della CATTOLICA Assicurazioni per uno o più sinistri accaduti nella stessa annualità assicurativa o periodo inferiore)	
MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO		
INVALIDITA' PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO		

Premio netto in Euro	Imposte in Euro	Premio versato in Euro

Il pagamento del premio è stato effettuato il

Emesso in n. 2 esemplari ad un solo effetto in Napoli il,

**CONSENSO AL TRATTAMENTO  
 DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI  
 ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196  
 e successive modificazioni**

Preso atto delle informazioni che Le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali:

**Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi**

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale redistribuzione del rischio, e per adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, **è necessario che Lei consenta** per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- trasferirli all'estero.

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

**Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali**

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa per l'utilizzo dei Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo e il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

In particolare, Lei può consentire a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni;
- realizzare iniziative promozionali;
- comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

Luogo e data NA 25.11.2010 documento (polizza, proposta)

CONTRAENTE Nome e cognome (leggibile) Antonio Rotondo Firma [Firma]



ALTRI SOGGETTI (DIVERSI DAL CONTRAENTE) PRESENTI NEL CONTRATTO  
 (ad esempio: assicurato, conducente .... altro)

Nome e cognome (leggibile)	Firma
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

041000059782

STREP. 0329 - V.5

## POL. N. 410.31.5861 CATTOLICA ASS.NI

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporLe un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. Al riguardo desideriamo sottolinearLe che la mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del Suo bisogno assicurativo.

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

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO****Contraente****S.I.R.M. - SOCIETA' ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA**Codice fiscale: **80150910109**

Sesso: ..... Data di nascita: ..... Età: .....

Provincia di residenza: .....

**Esigenze assicurative****Quali sono le Sue esigenze assicurative\*?**

- protezione del patrimonio da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi  
 protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali  
 protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina  
 protezione dei beni relativi ad attività commerciali, artigianali, industriali, agricole  
 fideiussione in forma di polizza  
 protezione all risk  
 protezione della persona per il rischio infortunio  
 protezione della persona per il rischio malattia  
 protezione degli animali per il rischio infortuni e/o malattia  
 patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio  
 non risponde

**Obblighi di legge****Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, ha necessità di ottemperare a obblighi di legge?**

- si  
 no  
 non risponde

**Vincoli****Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, ha necessità di ottemperare a richieste di vincoli da parte di terzi?**

- si  
 no  
 non risponde

**Attuali coperture assicurative****Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze danni\*?**

- si, per la protezione del patrimonio da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi  
 si, per la protezione dei beni per il rischio incendio e/o eventi naturali  
 si, per la protezione dei beni per il rischio furto, scippo o rapina  
 si, per la protezione dei beni relativi ad attività commerciali, artigianali, industriali, agricole  
 si, polizza fideiussoria  
 si, polizze all risk  
 si, per la protezione della persona per il rischio infortunio  
 si, per la protezione della persona per il rischio malattia  
 si, protezione degli animali per il rischio infortuni e/o malattia  
 si, per il patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio  
 no  
 non risponde

**Tutela di altri soggetti****Esistono persone che Lei intende indicare quali beneficiari in polizza?**

- si  
 no  
 non risponde

**Tipo di prestazione****Quale tipo di prestazione preferisce percepire nel caso si verifichi l'evento assicurato\*?**

- totale  
 con scoperto o franchigia  
 non risponde

**Durata**

**Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?**

- 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- 1 anno con tacito rinnovo annuale
- da 2 a 5 anni con tacito rinnovo annuale
- da 6 a 10 anni con tacito rinnovo annuale
- oltre 10 anni
- non risponde

**Pagamento del premio**

**E' interessato a pagare il premio di polizza con rateazione?**

- si
- no
- non risponde

**Professione**

**Quale è attualmente il Suo stato occupazionale?**

- occupato con contratto a tempo indeterminato
- occupato con contratto a tempo determinato
- autonomo/libero professionista
- pensionato
- benestante
- non occupato
- non risponde

**Situazione finanziaria**

**Quale è la Sua capacità di risparmio medio annuo?**

- fino a 5.000 euro
- da 5.000 a 15.000 euro
- oltre 15.000 euro
- non risponde

Il sottoscritto contraente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto. Riconosce altresì che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se scritte di pugno altrui, e pertanto ne assume piena responsabilità.

Luogo e data: .....

L'INTERMEDIARIO

IL CONTRAENTE

\*\*\*

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE UNA O PIÙ INFORMAZIONI RICHIESTE**

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

Luogo e data: NA 25.11.2010



IL CONTRAENTE

\*\*\*

**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 non potrebbe risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

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

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data: .....

L'INTERMEDIARIO

IL CONTRAENTE

**MODELLO UNICO DI INFORMATIVA PRECONTRATTUALE (ART. 49 REG. ISVAP N. 5/2006)**

**SEZIONE 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 ISVAP 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 (di cui alla sezione B del presente modello) 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'informativa 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.

**SEZIONE B - 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**

**AVVERTENZA:** 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'inosseranza 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**

a)	Cognome	COBROR
	Nome	LUIGI
b)	Qualifica	RESPONSABILE DELL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE E RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA RS RISK SOLUTIONS SRL ISCRITTA AL N. B000223809 SEZ. B-BROKER DEL R.U.I. DAL 31 OTTOBRE 2007
	Sezione di iscrizione R.U.I.	B_BROKER
	Numero di iscrizione	B000037144
	Data iscrizione	31 OTTOBRE 2007
c)	Indirizzo della sede operativa presso la quale l'intermediario svolge l'attività	VIA GUANTAI NUOVI, 11 - 80133 NAPOLI

d)	Recapito telefonico	0816582227 – fax 0816582233 / 08119722483
	Indirizzo di posta elettronica	luigi.cobror@rsbroker.it
e)	Denominazione sociale delle imprese di cui sono offerti i prodotti	L'elenco completo delle Compagnie e/o agenzie di assicurazione con le quali RS RISK SOLUTIONS srl intrattiene rapporti di libera collaborazione è di seguito indicato
e)	Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta	ISVAP

**GLI ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI ISCRIZIONE DELL'INTERMEDIARIO POSSONO ESSERE VERIFICATI CONSULTANDO IL REGISTRO UNICO DEGLI INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI SUL SITO INTERNET DELL'ISVAP ([www.isvap.it](http://www.isvap.it))**

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

a)	RS RISK SOLUTIONS srl e l'intermediario <b>non è detentore</b> di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione
b)	<b>Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione</b> è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di RS RISK SOLUTIONS srl
c)	RS RISK SOLUTIONS srl propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. <b>Pertanto è diritto del Contraente richiedere a RS RISK SOLUTIONS srl la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari</b>

**PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contribuente**

a)	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 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 facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario;</li> <li>• qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può <b>rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma</b>, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario;</li> <li>• di rivolgersi al <b>FONDO DI GARANZIA PER L'ATTIVITA' DEI MEDIATORI DI ASSICURAZIONE E DI RIASSICURAZIONE c/o CONSAP - Via Yser, 14 00198 ROMA Tel. 06857691</b>, 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 b);</li> </ul>
d)	Ai sensi dell'art. 118 del D.lgs. 209/2006 "Codice delle Assicurazioni private" <b>in caso di autorizzazione della Compagnia alla RS RISK SOLUTIONS srl ad incassare i premi - ovvero di autorizzazione dell'agenzia ratificata dalla Compagnia - il pagamento del premio eseguito in buona fede alla RS RISK SOLUTIONS srl 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.</b>  Ai sensi dell'art. 118 del D.lgs. 209/2006 "Codice delle Assicurazioni private" <b>nel caso di assenza di autorizzazione della Compagnia o dell'agenzia alla RS RISK SOLUTIONS srl 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 alla RS RISK SOLUTIONS srl o ai suoi collaboratori, non ha effetto liberatorio per il contraente nei confronti della Compagnia e conseguentemente non impegna la Compagnia (nè, in caso di coassicurazione, le Compagnie coassicuratrici) a garantire</b>



la copertura assicurativa oggetto del contratto.  
 L'elenco completo delle Compagnie e/o agenzie di assicurazione con le quali RS RISK SOLUTIONS srl intrattiene rapporti di libera collaborazione per i quali è autorizzata, oppure no, ad incassare il premio con effetto liberatorio per il contraente è di seguito indicato

**ELENCO COMPLETO DELLE COMPAGNIE E/O AGENZIE DI ASSICURAZIONE CON LE QUALI RS RISK SOLUTIONS srl INTRATTIENE RAPPORTI DI LIBERA COLLABORAZIONE**


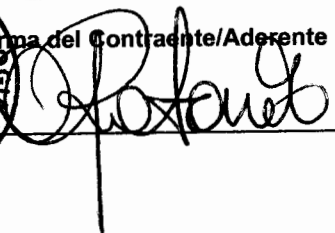
COMPAGNIA/AGENZIA DI ASSICURAZIONE	AUTORIZZAZIONE ALL'NCASSO DEL PREMIO COME INDICATO ALLA PARTE III LETT. D)
ASSICURAZIONI GENERALI SPA AGENZIA GENERALE IN GESTIONE ECONOMICA DI NAPOLI	SI
CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A. - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA	SI
MILANO ASSICURAZIONI SPA - DIREZIONE MILANO	SI
NUOVA TIRRENA SPA - AGENZIA PRINCIPALE 173 M.P.A. SRL - NAPOLI	NO
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONI società cooperativa AGENZIA GENERALE DI NAPOLI N.410	SI
ARFIN SPA - AGENZIA CENTRALE ARFIN SRL	SI
FONDIARIA-SAI SPA Divisione Fondiaria - AGENZIA GENERALE DI MACERATA "CENTRO"	NO
AEC UNDERWRITING AGENZIA DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SPA	NO
CATTOLICA PREVIDENZA SPA - SEDE MILANO	SI

Luogo e data NA 25.11.2020

Firma dell'intermediario  
**RS RISK SOLUTIONS SRL**  


Il Contraente/Aderente dichiara di aver ricevuto e preso visione della presente informativa precontrattuale consegnata dall'intermediario.

Luogo e data NA 25.11.2020

Firma del Contraente/Aderente  



**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI**  
(Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy – D.Lgs. n. 196 del 30/06/03)

**Gentile Cliente,**

Con effetto 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il D.lgs 196/2003 che disciplina la materia della dati personali. Ai sensi del suddetto articolo il Broker, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo degli stessi.

**Alcuni di questi dati (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione) devono in ogni caso essere acquisiti dal Broker per adempiere le attività economiche e/o professionali e possono essere richiesti in relazione al tipo di contratto da stipulare.**

I dati personali richiesti sono strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con la clientela (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso con la Clientela, ecc.).

**1. Finalità del trattamento dati:**

I dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività del Broker secondo le seguenti finalità:

- a. Dirette alla raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la gestione e liquidazione dei sinistri; attinenti esclusivamente all'espletamento dell'attività intermediazione assicurativa di cui al Titolo IX del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, con imprese di assicurazione e riassicurazione, svolta nel Vostro interesse
- b. connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo (normativa antiriciclaggio, disposizioni dell'ISVAP, ecc...); Qualora decidesse di procedere al pagamento dei premi della polizza tramite carta di credito, La informiamo che i Suoi Dati includeranno anche quelli relativi alla Sua carta di credito e quelli bancari necessari per le operazioni di pagamento. A tal fine RS Risk Solutions s.r.l. informa che controllerà e aggiornerà i dati relativi alla carta stessa con soggetti del settore creditizio e bancario a ciò preposti, al fine di una corretta gestione della Sua pratica nel corso del tempo.
- c. funzionali allo sviluppo dell'attività del Broker per le quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso :
  - informazione e promozione commerciale riguardante i prodotti o servizi del Broker, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.
  - invio alla clientela di circolari tecniche informative di vario genere e quelle riguardanti la prevenzione dei rischi
  - verifica del livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi del Broker anche attraverso società di ricerche di mercato.

**2. Dati sensibili:**

Precisiamo che di norma non si richiede agli interessati l'indicazione di dati definiti come sensibili dall'art. 4 del Codice della Privacy. Può accadere tuttavia che in relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente (ad es: accensione di polizze assicurative sulle persone: vita temporanee caso morte, polizze infortuni, malattia e/o rimborso spese mediche, ...) il Broker richieda alcuni dati "sensibili", perché da essi possono desumersi informazioni sul suo stato di salute etc, e l'eventuale adesione del Cliente a contratti assicurativi con Compagnie di assicurazione.

Per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione.

**3. Modalità del trattamento**

I dati verranno trattati principalmente con strumenti manuali, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e verranno memorizzati sia su supporti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy.

**4. Conferimento dei dati**

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

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento di cui al punto 1 lettera c)

**5. Conseguenza del rifiuto dei dati**

In caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori richiesti ai punti 4. a) e b) l'interessato non potrà godere del servizio richiesto.

Non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione nel caso di cui al punto 4. c), ma preclude la possibilità di svolgere le attività indicate al punto 1. c).

**6. Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali**

- a) I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: per le finalità di cui al punto 1.a) e b) ad altri soggetti del settore assicurativo quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di

contratti di assicurazioni (ad esempio banche e SIM); società che effettuano l'acquisizione, la registrazione e il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti forniti al Broker dai clienti per svolgere test e capitoli assicurativi, convenzioni, ecc...; società che svolgono servizi assicurativi di professionisti in genere: Risks Manager, società di stime patrimoniale, etc...; legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri; società di servizi tra cui quelle per l'informatica per consentire l'esecuzione di operazione e/o servizi richiesti dal Cliente (ad esempio, servizi di trasferimento dati), per le procedure di archiviazione, per la stampa della corrispondenza e per la gestione della posta in arrivo e in partenza; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP e Ministero dell'Industria e del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrali Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione); società preposte al controllo delle frodi, al recupero crediti e la rilevazione di rischi creditizi e di insolvenza; a Pubbliche Amministrazioni, ai sensi di legge; a società preposte alla certificazione di qualità;

**Senza il consenso dell'interessato alla comunicazione dei dati alle suddette società ed ai correlati trattamenti, il Broker potrà dare corso solo a quelle operazioni e servizi che non richiedono la comunicazione di dati personali a terzi, vale a dire trasmissione di avvisi di scadenza, consulenza assicurativa, trasmissione quietanze sinistri.**

b) I Suoi Dati potranno inoltre essere comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

#### 7. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### 8. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le medesime finalità di cui al punto 1., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale.

#### 9. Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del Codice della Privacy:

- 1) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- 2) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- 3) L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- 4) L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

#### 10. Titolare del trattamento

E' la società RS RISK SOLUTIONS s.r.l. nella persona del suo legale rappresentante **COBROR Luigi** (Amministratore Unico).

#### 11. Responsabile del trattamento dati

L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da RS Risk Solutions srl è disponibile presso la sede del titolare.

Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a:

RS RISK SOLUTIONS s.r.l.  
Via Guantai Nuovi, 11 80133 Napoli  
Tel. +39 0816582227pbx – Fax +39 0816582233  
E-mail: [rs@rsbroker.it](mailto:rs@rsbroker.it)

Alla cortese attenzione del Responsabile del trattamento dati; qualora non nominato, attenzione del Titolare del trattamento

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**  
Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni

Preso atto dell'informativa che mi/ci è stata fornita dalla RS Risk solutions s.r.l. ai sensi del D.lgs. 196 del 2003 (Codice Privacy),

**acconsento/acconsentiamo**

1. al trattamento dei dati personali comuni che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la società di intermediazione,
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 6. a) e b) della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lettera a) e b), della medesima informativa o obbligatori per legge.
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 8 della predetta informativa con finalità di cui al punto 1. a) e 1. b).

**DATI SENSIBILI**

Per quanto riguarda il trattamento di dati "sensibili", eventualmente acquisiti dal Broker per l'esecuzione delle operazioni e dei contratti indicati a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo al punto 2. della predetta informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

**acconsento / acconsentiamo**

**non acconsento / non acconsentiamo**

**PRODOTTI E SERVIZI DEL BROKER**

Per quanto riguarda l'invio da parte del Broker di informazioni o materiale pubblicitario riguardante prodotti o servizi del Broker stesso o di compagnie di assicurazione o di altre società.

**acconsento / acconsentiamo**

**non acconsento / non acconsentiamo**

**RICERCA DI MERCATO E VERIFICA QUALITA' DEL SERVIZIO OFFERTO**

Per quanto riguarda la comunicazione da parte del Broker dei miei/nostri dati a società di ricerche di mercato e indagine al fine di verificare la qualità dei servizi e prodotti erogati dal Broker nonché in merito alla soddisfazione dei Clienti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

**acconsento / acconsentiamo**

**non acconsento / non acconsentiamo**

**Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.**

Tipo ed eventuale n. del documento .....

Luogo e data NA - 25-11-2012

Nome e Cognome leggibile

Antonio Polardi



Firma

Antonio Polardi