

Tariffe/Garanzie, Modalità di Adesione e Pagamento - Polizze A.C.O.I.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa e le Condizioni di Polizza

1. Tariffe/Garanzie

- **Polizza R.C.T. Garanzia di Secondo Rischio (U.G.F. Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora) n.32577688:**

ad altra polizza, personale o sottoscritta da Enti Ospedalieri per conto del Socio, che preveda un massimale di Primo Rischio di almeno € 500.000,00. Massimale R.C.T. € 2.500.000,00 per sinistro o anno assicurativo, che si aggiunge a quello della polizza di primo rischio, le garanzie di polizza ricomprendono i danni estetici e fisiognomici e la colpa grave. Premio annuo € 380,00 di cui imposte € 69,16

- **Polizza Tutela Legale "XL" (Europ Assistance Italia S.p.A.) n. 25541:**

Garanzia Penale, Contrattuale, Civile, Privacy, Procedimenti Arbitrali e Camera di Conciliazione, Massimale € 30.000,00 per sinistro senza limite per anno assicurativo, libera scelta del Legale o del Consulente tecnico. La garanzia opera in Primo Rischio.

Garanzia "Assistenza" durante congressi e seminari.

Premio annuo € 130,00 di cui imposte € 21,94

Premio annuo complessivo € 510,00 di cui imposte €91,10

2. Modalità di Adesione

Per il perfezionamento della polizza e per la operatività delle garanzie è necessario che il Socio compili, sottoscriva ed invii via fax al numero 06.8272038 la documentazione che segue:

a) Modello 7a, Modello 7b; **b)** Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto; **c)** Scheda di Adesione; **d)** Modello Privacy; **e)** Copia del Bonifico Bancario o C/C Postale pari all'Importo del Mese di Adesione.

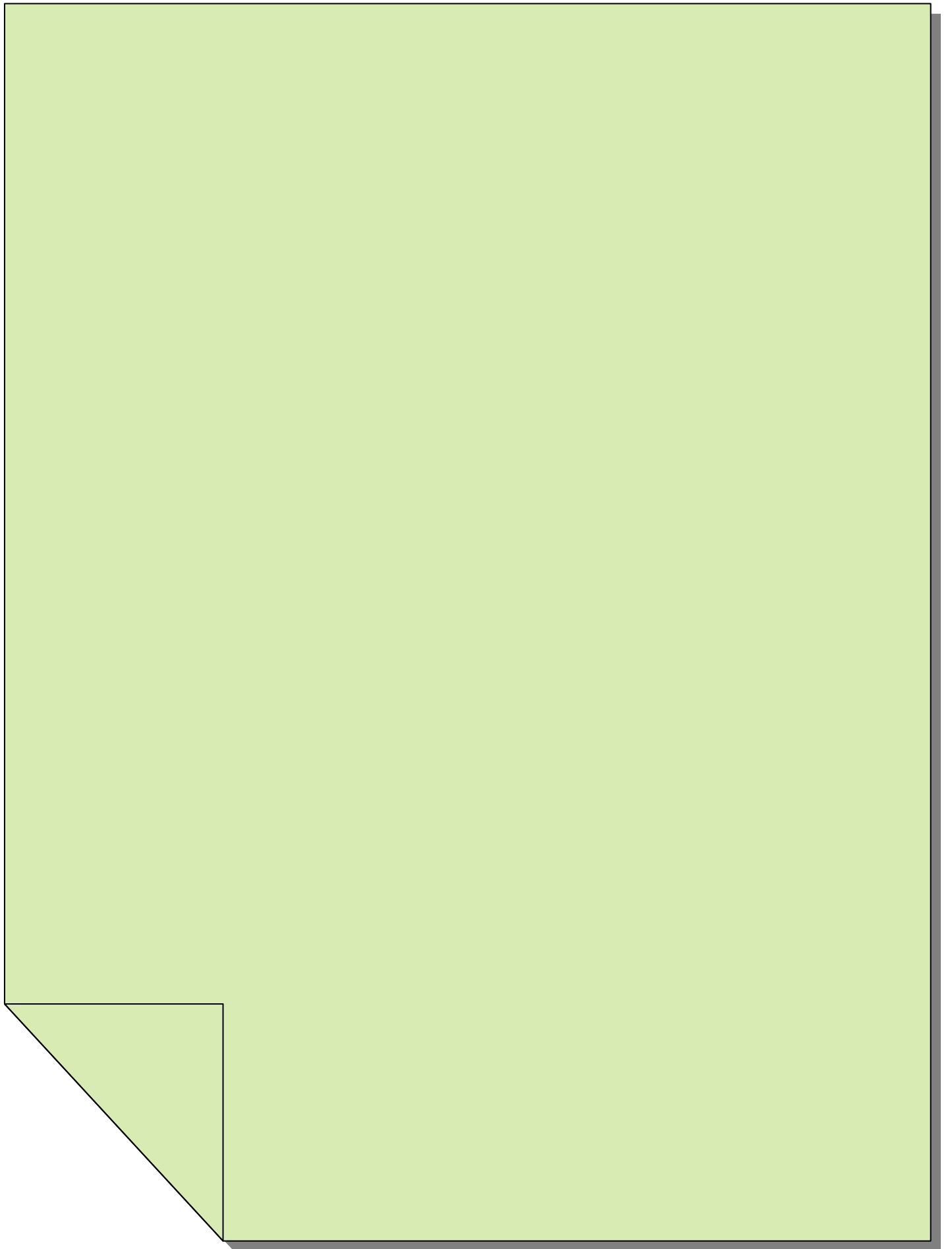
3. Modalità di Pagamento

I premi possono essere versati (Causale: Polizza A.C.O.I.+ Nome Socio):

- **C/C PPTT n. 99944001** - intestato a "Doria Giuseppe e Bellisario Paola S.n.c. Agenzia di Assicurazioni Plurimandatara"
- **IBAN IT 17 F 01030 03218 000 000 953480 MPS Ag. 18 RM** - intestato a "Doria Giuseppe e Bellisario Paola S.n.c. Agenzia di Assicurazioni Plurimandatara"

Specifichiamo che, per ciascun Socio, le garanzie decorreranno, come indicato nella tabella, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese in cui avrà effettuato il pagamento e trasmesso la scheda di adesione.

Decorrenza delle garanzie	Decorrenza delle garanzie	Importo da versare
Giugno	30.06	€ 510,00
Luglio	31.07	€ 469,00
Agosto	31.08	€ 426,00
Settembre	30.09	€ 383,00
Ottobre	31.10	€ 341,00
Novembre	30.11	€ 298,00
Dicembre	31.12	€ 255,00
Gennaio	31.01	€ 214,00
Febbraio	28.02	€ 171,00
Marzo	31.03	€ 128,00
Aprile	30.04	€ 86,00
Maggio	31.05	€ 43,00



Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006
**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTEREDIARI
SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 7A)**

La preghiamo di leggere con attenzione il presente documento e di restituircene una copia da Lei sottoscritta per presa visione.

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 qualora i dati dell'intermediario si siano modificati, consegnano al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

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.

**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O,
QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO (Mod. 7B)**
PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra contatto con il contraente

Dati dell'intermediario per cui viene svolta l'attività		
Ragione sociale	DORIA GIUSEPPE E BELLISARIO PAOLA SNC	
Iscrizione nel registro	Sezione	A - società agente
	N. Iscrizione	A000011770
	Data di iscrizione	01/02/2007
Indirizzo sede legale	VIA NOMENTANA 761 - 00137 ROMA	
Indirizzo sedi operative	VIA NOMENTANA 761 - 00137 ROMA	
Telefono	06.86895944 - 06.86890046	
Indirizzo e-mail	info@doriaassicurazioni.com	
Sito web	www.doriaassicurazioni.com	
Denominazione sociale Dell' Impresa di cui sono offerti i prodotti	- per la Polizza R.C.T. Secondo Rischio UGF Assicurazioni spa Divisione AURORA - per la Polizza Tutela Legale Europ Assistance Italia spa	

Dati dell'intermediario che entra in contatto con il cliente		
Qualifica	Responsabile dell'attività di intermediazione	
Cognome e Nome	DORIA GIUSEPPE	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000000462
	Data di Iscrizione	01/02/2007

ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, via del Quirinale 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività svolta. 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).

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

a) L'intermediario, sia quello che entra in contatto con il cliente sia quello per cui viene svolta l'attività, non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto delle Imprese di assicurazione UGF Assicurazioni S.p.A, Cattolica Assicurazioni Soc. Coop., Europ Assistance Italia spa;

b) Con riguardo al contratto proposto l'intermediario è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Elenco delle Imprese di assicurazione rappresentate:

Cattolica Assicurazioni Soc. Cooperativa	Agenzia Roma Medici 2114
Europ Assistance Italia S.p.A.	Agenzia Roma 711036
UGF Assicurazioni S.p.A.	Agenzia Roma Montesacro 30437

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

a) 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; oppure

è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al quattro per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000;

Nota: crocesegnare la frase appropriata rispetto alla natura dell'intermediario.

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, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può esporre un reclamo, scrivendo a o alternativamente:

scrivendo per la Polizza di R.C.T. Secondo Rischio a :	UGF Assicurazioni S.p.A. – Informazioni e Reclami - Via della Unione Europea n. 3/B 20097 San Donato Milanese (MI)
Inviando un fax al numero:	al numero 02 55604027
inviando un e-mail all'indirizzo di posta:	reclami@ugfassicurazioni.it
compilando il modulo on line sul sito:	www.ugfassicurazioni.it
telefonando (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00):	al numero 02 51815353

scrivendo per la Polizza di Tutela Legale a :	Europ Assistance Italia S.p.A. - Ufficio Reclami Piazza Trento 8 - 20097 Milano
Inviando un fax al numero:	Fax: 02 – 58477128
inviando un e-mail all'indirizzo di posta:	ufficio.reclami@europassistance.it

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o nel caso non abbia ricevuto riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, scrivendo a:

I.S.V.A.P.
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 Roma – ITALIA

Contraente o Legale Rappresentante se persona giuridica		
Cognome	Nome	Codice Fiscale o P.IVA o Data e Luogo di Nascita

Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento ISVAP 5/2006.

Data _____

L'intermediario
Giuseppe Doria




Il Contraente o Legale Rappresentante

Intermediario :

Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc numero Iscrizione R.U.I. A000011770
Partita IVA 04540241009 - Iscrizione Camera di Commercio di Roma: 0776777
SEDE : VIA NOMENTANA 761 – 00137 ROMA
Tel.06.86895944 – Fax 06.8272038 - e-mail info@doriaassicurazioni.com

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE POLIZZE DANNI OFFERTE
(Art. 52 -Regolamento I.S.V.A.P. N. 5/2006)
RAMI RCT/TUTELA LEGALE

Dati anagrafici del Contraente :

NOME.....COGNOME.....

C.F.....

Gentile Contraente, Il seguente questionario ha lo scopo di raccogliere gli elementi utili affinché il contratto predisposto risulti quanto più possibile conforme alle Sue esigenze ed ai Suoi obiettivi.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, pregiudica pertanto lo scopo illustrato e richiede una Sua specifica dichiarazione. Qualora dovesse formularci una proposta assicurativa non adeguata in relazione alle informazioni scambiate, l'Intermediario avrà il dovere di informarla con apposita dichiarazione. Nel caso in cui Lei intendesse, comunque, acquistare il contratto, dovrà confermare espressamente per iscritto la sua volontà.

Per quanto concerne il trattamento delle informazioni da Lei fornite, la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc, La informa che, ai sensi dell'Art. 13 della legge 196/03, detti dati saranno utilizzati dall'intermediario, Responsabile del trattamento, al solo fine di formulare nei Suoi confronti una proposta assicurativa adeguata alle Sue esigenze. Il conferimento è facoltativo, ma l'assenza dei dati pregiudica la possibilità di valutare le Sue esigenze assicurative. I dati saranno trattati con modalità anche elettroniche e non saranno diffusi.

Lei ha il diritto di accedere ai dati che La riguardano, di farli correggere, di integrare, aggiornare, ottenere il blocco e la cancellazione nel caso i dati siano stati trattati in violazione di legge, o di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati presso Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc Via Nomentana 761 00137 Roma Fax 06.8272038 -e-mail: privacy@doriaassicurazioni.com

A1 – INFORMAZIONI PRELIMINARI

Sono state acquisite informazioni su :

Ambito della copertura **Privato** **Lavorativo**

Esistenza di altre coperture assicurative **SI** **NO**

Responsabilità civile **Tutela Legale**

A2 – INFORMAZIONI SULL'IMPORTO INVESTIBILE DAL CLIENTE PER LA COPERTURA RICHIESTA

Il Cliente , per la copertura richiesta, è disposto a versare un premio annuo :

fino a € 250,00 **fino a € 500,00** **fino a € 1.000,00**
oltre € 1.000,00 **non sa/non risponde**

A3 – INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE IN REALIZIONE ALLE COPERTURE RICHIESTE

1) Protezione del proprio patrimonio da richieste di risarcimento per danni causati a terzi:

nell'ambito della vita privata

nell'esercizio della propria professione di Medico/Chirurgo

Libero Professionista

Dipendente di Azienda Pubblica/Privata

Esigenza di elevare il massimale di polizze RCT Professionali preesistenti
"SECONDO RISCHIO"

Fruizione diretta dei servizi

"TUTELA LEGALE"

Esigenza di coprire le spese sostenute per Legali/Consulenti

B1 - Argomenti trattati su caratteristiche ed eventuali limitazioni alle prestazioni del contratto offerto

Sono state **illustrate** le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?

Sono state **esposti** i contenuti del contratto e delle garanzie prestate, e, in particolare: di recesso?

Sono state **precisate** la durata prevista, se necessario rapportandola all'età del contraente, l'eventualità di rinnovo tacito oppure espresso (scadenza secca) nonché facoltà e modalità?

Sono state **esposti** i contenuti del contratto e delle garanzie prestate, e, in particolare:

- Rivalse/Franchigie/Scoperti
- Periodi di carenza
- Delimitazione dell'oggetto della garanzia
- Esclusioni/Decadenze
- Massimali/Capitali/Somme assicurate
- Periodi massimi di erogazione delle prestazioni
- Validità temporale della garanzia
- Criteri di indennizzabilità/risarcimento

C1 – DICHIARAZIONI SULLE FINALITA' DELLE DICHIARAZIONI FORNITE

Il **Contraente dichiara** di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli.

L'**Intermediario dichiara** che sono state illustrate e valutate col Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

data

Firma del Cliente



Firma dell'intermediario

C2 - Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

Il **Contraente dichiara** di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative.

L'**Intermediario** prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

data

Firma del Cliente

Firma dell'intermediario

C3 - Dichiarazione di volontà di acquisto anche in caso di possibile inadeguatezza

Il **Contraente dichiara** di essere stato raggugliato dall'**Intermediario**, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

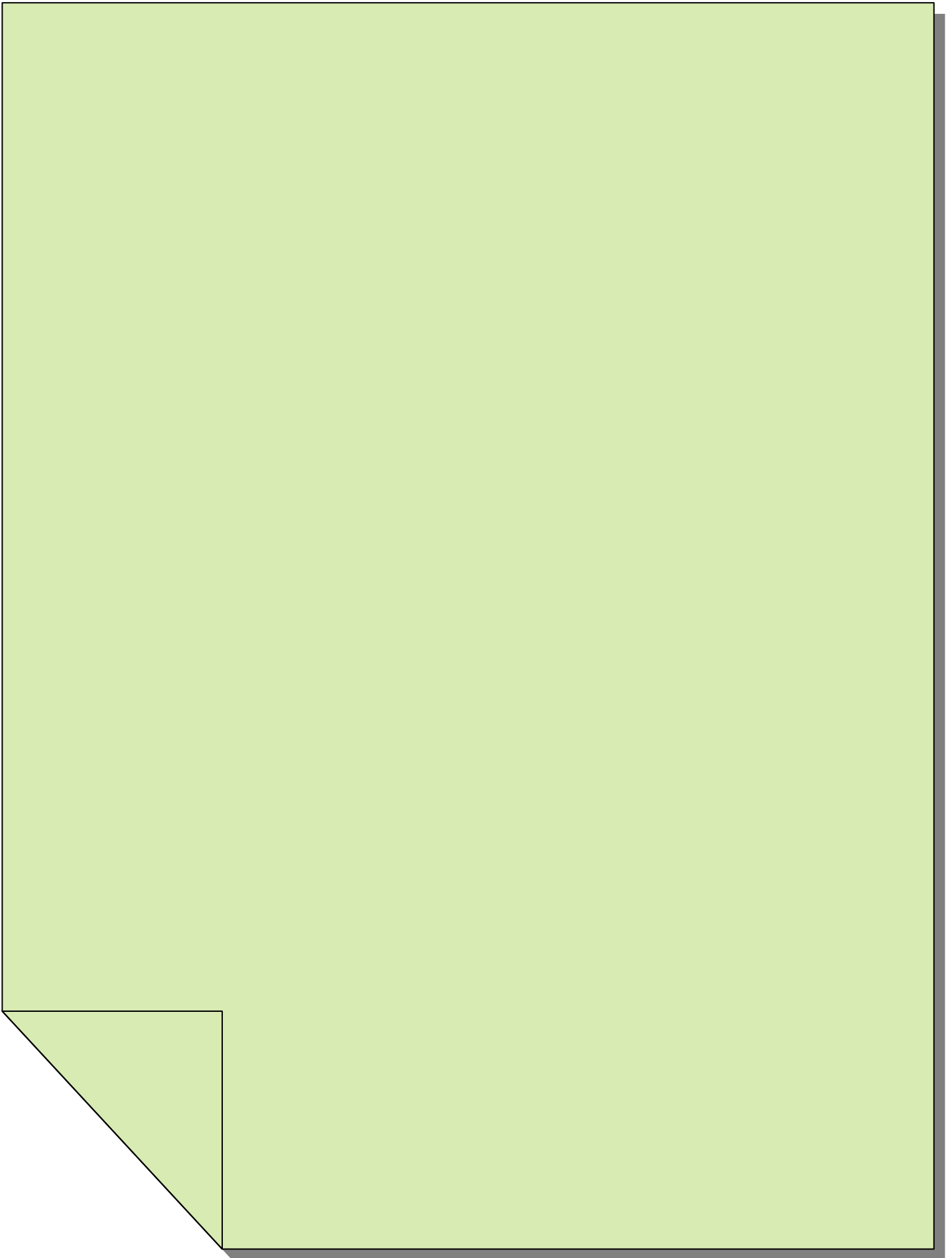
MOTIVI DELL'INADEGUATEZZA:

Il **Contraente dichiara** di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

data

Firma del Cliente

Firma dell'intermediario



SCHEDA DI ADESIONE A.C.O.I. R.C.T. 2° RISCHIO

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE L'ADESIONE

Cognome e Nome _____

Data di nascita | ____ | ____ | ____ | Luogo di nascita _____

Cod. Fiscale | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | - | __ | __ |

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Tel. Abitazione _____

Cellulare _____

E-mail _____

Ospedale _____

Reparto _____

Specializzato in _____

Dipendente Azienda Ospedaliera:

Con Intramuraria

Con Extramuraria

Libero professionista

Il Richiedente l'adesione dichiara ad ogni effetto:

di essere attualmente regolarmente **ASSOCIATO all'A.C.O.I.** pertanto, il sottoscritto, consapevole che l'operatività delle prestazioni è subordinata allo status di Socio A.C.O.I. e che l'operatività della garanzia decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui avrà effettuato il pagamento e inviata la scheda di adesione ed è valida fino alle ore 24 del 30 giugno di ciascun anno, chiede in qualità di Socio A.C.O.I. di aderire alla Polizza di Responsabilità Civile professionale secondo rischio (U.G.F. Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora)

Premio annuo euro 380,00 comprensivo di imposte

Firma del dichiarante/richiedente



L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, esaminato, preso atto, prima della stipula della presente polizza, della Nota Informativa di U.G.F. Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora di cui all'art. 123 del D.Lgs. n. 175/95. dichiara inoltre di aver ricevuto i Modelli 7A e 7B previsti dal Regolamento ISVAP 5/2006 previsti dal Regolamento ISVAP 5/2006



L'Assicurato

Il sottoscritto, avendone presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza U.G.F. Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora n. 61/32577688 RCT – con la firma del presente modulo conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art.1329 cc) della Sua adesione alla polizza A.C.O.I. - U.G.F. Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora Agenzia Generale di Roma 30437 con sede in Via Nomentana 761 - 00137 Roma



L'Assicurato

Approvazioni specifiche dell'Assicurato

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

RCT Art. 1 pagamento del premio decorrenza garanzie; Art. 8 recesso in caso di sinistro; Art. 9 proroga dell'assicurazione; Art. 18 validità della garanzia; Art. 19 assicurazione di secondo rischio; Art. 24 rischi non assicurabili; Art. 26 richiesta di inserimento in garanzia – modalità di pagamento del premio.



L'Assicurato

SINISTRI: il sottoscritto dichiara che negli ultimi tre anni, per lo stesso rischio, non sono avvenuti sinistri; in caso contrario quali?

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



L'Assicurato.....

NOTA INFORMATIVA

Premessa

La nota informativa, redatta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D. Lgs. N. 209/05, Codice delle assicurazioni private, e a quelle impartite dall'ISVAP, è consegnata al cliente prima della sottoscrizione del contratto di cui non costituisce parte integrante.

Per maggiore chiarezza i contenuti che prevedono rischi, limitazioni, oneri, obblighi e decadenze a carico del Contraente o dell'Assicurato sono definiti in [questo colore](#) e sono da leggere con particolare attenzione.

Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente Nota saranno assunte da UGF Assicurazioni S.p.A., con sede legale e Direzione in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - ITALIA, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/8/2007, società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A..

1. Informazioni relative al contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali, per le quali si rinvia al testo delle Condizioni di Assicurazione facenti parte della polizza.

1.1 Legislazione applicabile

Il contratto sarà concluso con UGF Assicurazioni S.p.A., e ad esso sarà applicata la legge italiana. Per le assicurazioni non obbligatorie è facoltà delle Parti scegliere una legislazione diversa salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative vigenti in Italia.

Anche per tali assicurazioni UGF Assicurazioni S.p.A. propone comunque di scegliere la legislazione italiana.

Per le assicurazioni obbligatorie prevalgono in ogni caso le disposizioni specifiche dettate dalla legislazione italiana.

1.2 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UGF Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Assistenza Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Tel: 02/55604027
(da lunedì a giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00)
Fax:02/51815353
E-mail: reclami@ugfassicurazioni.it



UGF Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - www.ugfassicurazioni.it
Capitale sociale Euro 150.300.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, Codice Fiscale e Partita IVA 02705901201
R.E.A. 460992 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Prow. Isvap n. 2542 del 3 agosto 2007 (G.U. 23 agosto 2007 n. 195) - Iscrizione
Albo Imprese Assicuratrici 1.00159 - Sedi operative: 40128 Bologna, Via Stalingrado, 45 - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349
Casella postale AD 1705; 20097 San Donato Milanese (MI), Via dell'Unione Europea 3/B - Tel. 02 51815181 - Telefax 02 51815252.



Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Compagnia www.ugfassicurazioni.it.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente e la Compagnia Assicuratrice concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

1.3 Durata del contratto

Il contratto ha durata di un anno e si rinnova tacitamente alla scadenza.

2. Informazioni relative ai sinistri

In caso di sinistro il fatto deve essere denunciato prontamente ad UGF Assicurazioni S.p.A. Divisione Aurora indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili per la rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni.

3. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

La nota informativa viene consegnata al Cliente prima della sottoscrizione del contratto e non costituisce contenuto dello stesso, né sostituisce in alcun caso le Condizioni di Assicurazione che il **Cliente è invitato a leggere attentamente prima della sottoscrizione, richiedendo alle Agenzie tutti i chiarimenti necessari.**

UGF Assicurazioni S.p.A.

UGF Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - www.ugfassicurazioni.it
Capitale sociale Euro 150.300.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, Codice Fiscale e Partita IVA 02705901201
R.E.A. 460992 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Prov. Isvap n. 2542 del 3 agosto 2007 (G.U. 23 agosto 2007 n. 195) - Iscrizione Albo Imprese Assicuratrici 1.00159 - Sedi operative: 40128 Bologna, Via Stalingrado, 45 - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349
Casella postale AD 1705; 20097 San Donato Milanese (MI), Via dell'Unione Europea 3/B - Tel. 02 51815181 - Telefax 02 51815252.



SCHEDA DI ADESIONE A.C.O.I. TUTELA LEGALE XL

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE L'ADESIONE

Cognome e Nome _____

Data di nascita | ____ | ____ | ____ | Luogo di nascita _____

Cod. Fiscale | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | __ | - | __ | __ | __ | __ | __ |

Indirizzo _____

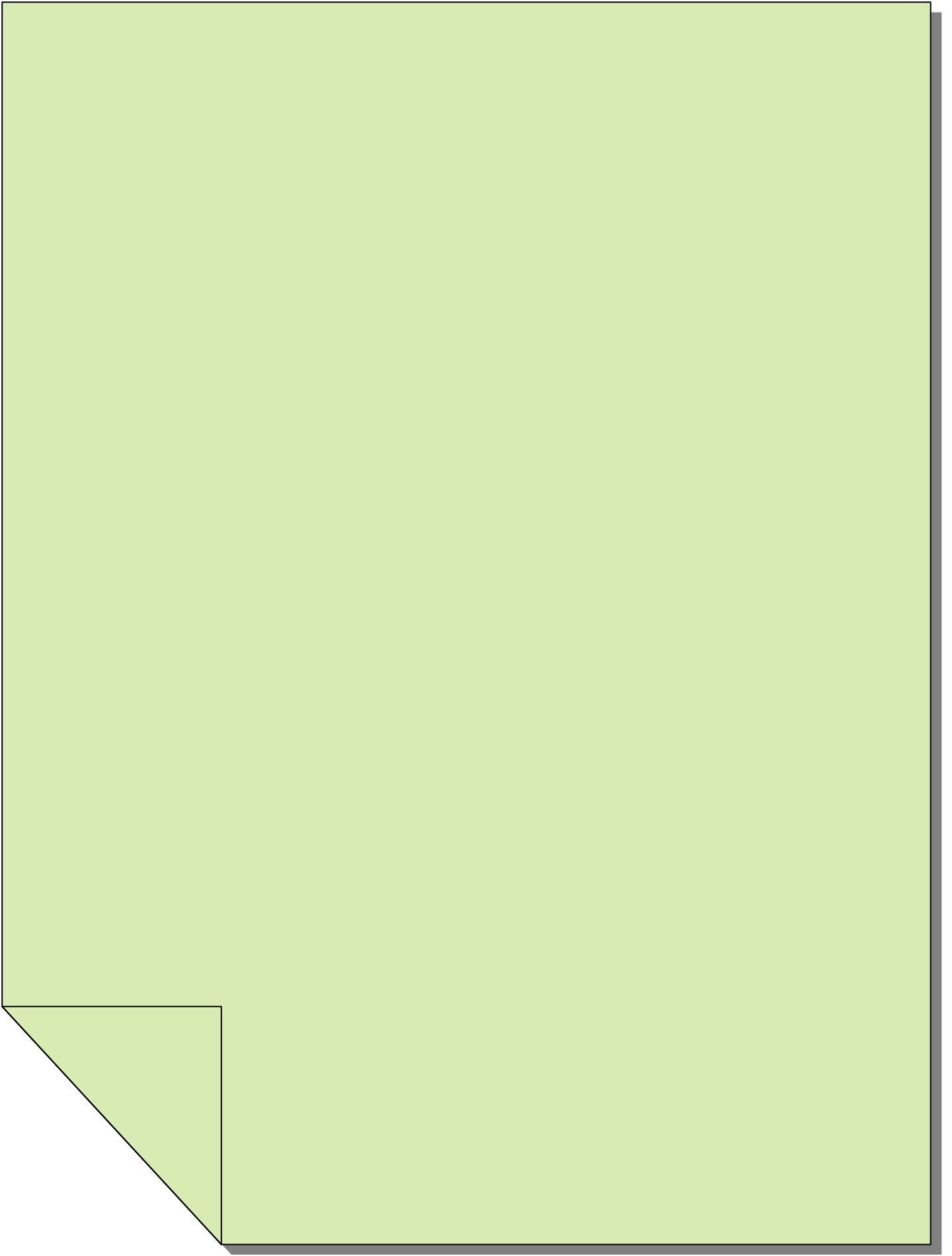
Cap _____ Città _____

Il Richiedente l'adesione dichiara ad ogni effetto:

di essere attualmente regolarmente **ASSOCIATO all'A.C.O.I.** pertanto, il sottoscritto, consapevole che l'operatività delle prestazioni è subordinata allo status di Socio A.C.O.I. e che l'operatività della garanzia decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui avrà effettuato il pagamento e inviata la scheda di adesione ed è valida fino alle ore 24 del 30 giugno di ciascun anno, chiede in qualità di Socio A.C.O.I. di aderire alla Polizza di Tutela Legale XL

Premio annuo euro 130,00 comprensivo di imposte

_____ 
Firma del dichiarante/richiedente



NOTA INFORMATIVA

1/1

NOTA INFORMATIVA PREDISPOSTA AI SENSI DELL'ART. 123 DEL DECRETO LEGISLATIVO 17 MARZO 1995, N° 175 ED IN CONFORMITÀ CON QUANTO DISPOSTO DALLA CIRCOLARE ISVAP DEL 2 GIUGNO 1997, N° 303 E DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 24 DEL 19 MAGGIO 2008

PER MAGGIORE CHIAREZZA I CONTENUTI CHE PREVEDONO RISCHI, LIMITAZIONI, ONERI, OBBLIGHI E DECADENZE A CARICO DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO SONO DEFINITI IN **QUESTO COLORE** E SONO DA LEGGERE CON PARTICOLARE ATTENZIONE.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con la Società **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.** avente sede legale in Italia, Piazza Trento n. 8, 20135 Milano.

La Società **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.** è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. 2 giugno 1993 (G.U. del 1° luglio 1993 n. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 122 del D. LGS. N. 175/95 le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a **Europ Assistance Italia S.p.A. - Ufficio Reclami - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - fax n. 02.58.47.71.28 e.mail: ufficio.reclami@europassistance.it**

Qualora le Parti avessero scelto di applicare al contratto la legislazione italiana e l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'I.S.V.A.P., Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l' I.S.V.A.P. faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e l'Assicurato.

TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

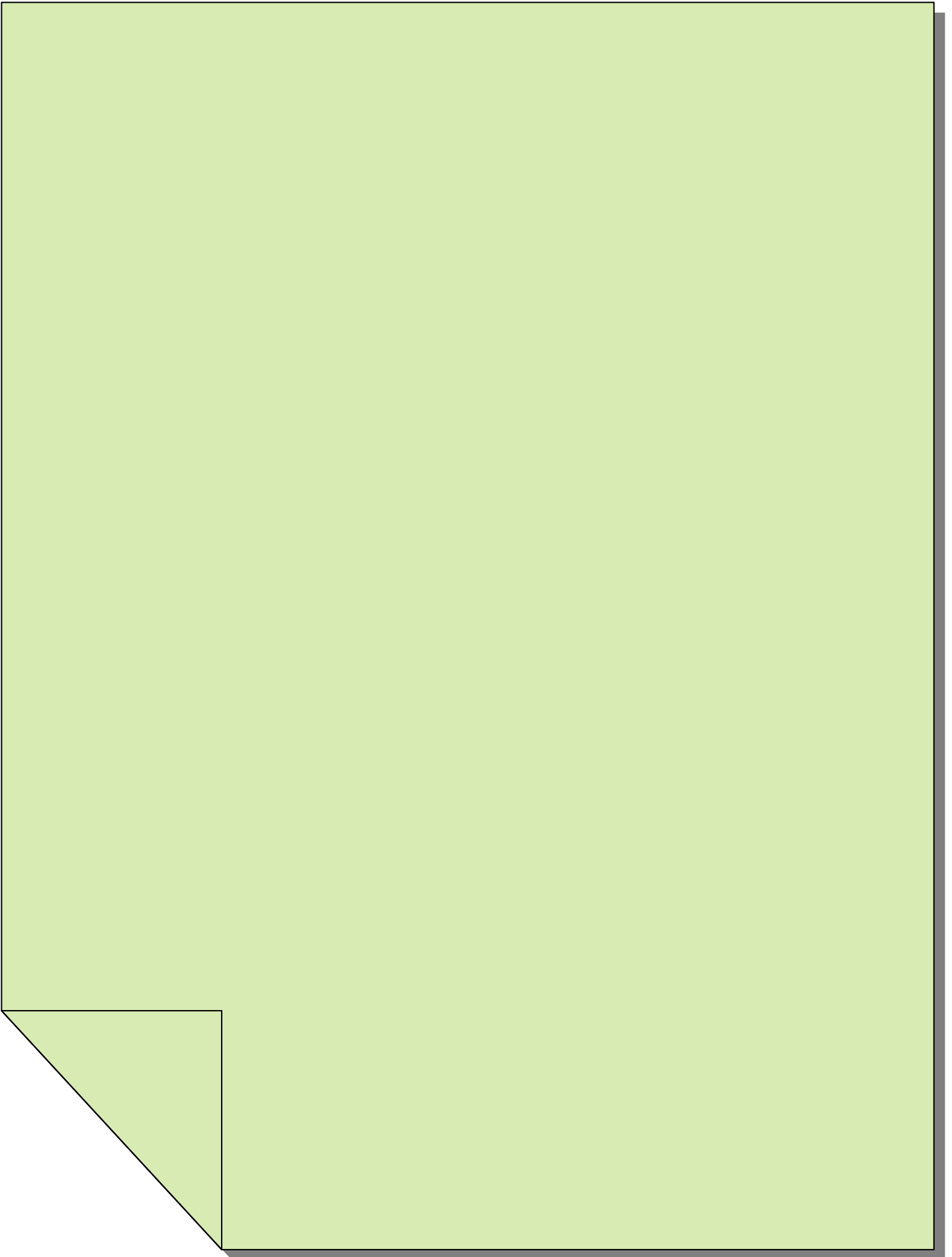
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Nell'Assicurazione della Responsabilità Civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**SI RICHAMA L'ATTENZIONE DELL' ASSICURATO SULLA NECESSITA' DI LEGGERE
ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.**

Europ Assistance Italia S.p.A.

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





INFORMATIVA PRIVACY Doria Giuseppe e Bellisario Paola S.n.c.

Per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO: Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽²⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI: La nostra Società utilizzerà i Suoi dati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽³⁾. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI: I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁵⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI: La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc, con sede in Via Nomentana 761 – 00137 Roma.

Note

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.

3) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Cattolica o del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.

4) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

5) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc Via Nomentana 761 - 00137 ROMA - P.IVA 04540241009 - Iscrizione Camera di Commercio Roma 0776777

Cognome Nome		
Indirizzo		
Tel. Casa	Cellulare	e-mail
Codice Fiscale o Partita Iva		

Informativa sull'uso dei Suoi dati personali comuni per finalità commerciali e sui Suoi diritti e relativo consenso (Artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

I dati personali da Lei volontariamente forniti, saranno da noi utilizzati con modalità e procedure, anche informatiche, per esclusive finalità di informazione e promozione commerciale assicurativa, anche tramite l'utilizzo di sms e della posta elettronica.

Titolare del trattamento è la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc (www.doriaassicurazioni.com), con sede in Via Nomentana 761, 0137 Roma che ha nominato Responsabile del trattamento il Dr. Giuseppe Doria.

Per l'esercizio dei diritti previsti dagli artt. 7 – 10 del suddetto "Codice" e per conoscere l'elenco completo dei Responsabili Lei può rivolgersi alla Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc o al Responsabile per il riscontro agli interessati indirizzo e-mail privacy@doriaassicurazioni.com. Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito www.doriaassicurazioni.com.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione della suddetta informativa ed acconsente al trattamento dei Suoi dati personali da parte della Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc per le finalità sopra indicate.

Pertanto, se è interessato alle opportunità sopra illustrate, Lei può liberamente concedere il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati apponendo la sua firma.

Data sottoscrizione modulo: _____

Firma _____

