



**MODULO DI ADESIONE UNICO PER COPERTURE ASSICURATIVE GENERALI ITALIA S.P.A. PER DIPENDENTI PUBBLICI NON DIRIGENTI ISCRITTI AL SINDACATO UIL PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Annualità 31.10.2015 – 31.10.2016

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
COD. FISCALE: \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL ...../...../..... SESSO(M/F) \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
DIPENDENTE CON QUALIFICA \_\_\_\_\_ DELL' ENTE \_\_\_\_\_  
SEDE \_\_\_\_\_ TEL. UFF. \_\_\_\_\_  
CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
IN QUALITÀ DI ISCRITTO UIL PA CON TESSERA VALIDA N° \_\_\_\_\_ DELLA SEDE TERRITORIALE DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia integrale delle Condizioni di Assicurazione e, dopo averle lette, dichiara di voler aderire alla Polizza n°350422182 relativa all'opzione sotto indicata. A tal fine provvede ad effettuare in data ...../...../.....il pagamento del premio, a mezzo bonifico bancario, a favore del C/C intestato a:

- **INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.**
- **IBAN: IT 73 E 03069 01400 10000069921**
- causale: Convenzione UIL PA, Nome, Cognome, data di nascita (**da riportare esattamente come indicato**)

Massimale	Franchigia	Premio annuo finito pro capite
<b>€ 1.000.000</b> (€ 900.000 per sinistro e per anno assicurativo in eccesso ad € 100.000 per sinistro e per anno assicurativo già compresi nel tesseramento UIL PA).	<b>nessuna</b>	<b>€ 20</b>

Il presente modulo, debitamente compilato, datato e firmato, unitamente a:

- Modulo adeguatezza
- Nota informativa
- Informativa privacy;
- Copia dell'avvenuto pagamento del premio dovuto a mezzo bonifico bancario

➔ va inoltrato a mezzo mail all'indirizzo: [comunicazione@uilpa.it](mailto:comunicazione@uilpa.it); [mef@uilpa.it](mailto:mef@uilpa.it)

La scheda di adesione unitamente alla copia del bonifico andato a buon fine, per l'esatto importo del premio, avrà valenza di quietanza e pertanto non si rende necessaria da parte degli Assicuratori alcun documento / comunicazione di conferma di copertura assicurativa.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto l'Informativa (c.d. "privacy") di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Ciò premesso, con la seguente firma, autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte di Generali Italia SpA, ed Innovazione Insurance Brokers S.r.l., la loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa stessa ed il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

Firma per consenso al trattamento \_\_\_\_\_ ➔

Data ...../...../..... Firma per adesione \_\_\_\_\_ ➔

*Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:*

- Art. 3 (relativamente all'individuazione dei sinistri in garanzia),
- Art. 10 (relativamente alla proroga tacita delle adesioni qualora presente)

Firma per adesione \_\_\_\_\_ ➔



---

## INFORMATIVA PRIVACY

**Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 “Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali” ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento degli stessi.**

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl e Generali Italia S.p.A. dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della copertura in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, e Generali Italia S.p.A. il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl e/o Generali Italia S.p.A. in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso le sedi Aziendali.

Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

---

## IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker assicurativo al quale è assegnata la Polizza entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. La denuncia dovrà contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il Nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Alla denuncia devono far seguito, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

L'invio della documentazione potrà essere effettuata all'indirizzo:

✓ e-mail: [colpgrave@innovazionebrokers.com](mailto:colpgrave@innovazionebrokers.com)



**Estratto Condizioni "Convenzione RC Colpa Grave UIL PA"**  
Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 350422182

- . Polizza Integrativa: La Polizza opera quale integrazione facoltativa alla Polizza gratuita compresa nel tesseramento.
- . Assicuratore: Generali Italia S.p.A.
- . Chi può aderire facoltativamente: Ciascun Dipendente Pubblico Iscritto UIL PA rientrante tra le categorie assicurate con Polizza RC Colpa Grave compresa nel tesseramento, escluso tutto il personale Dirigente
- . Oggetto dell'Assicurazione: L'Assicuratore in base alle Norme e Condizioni di cui alla presente Polizza si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto dallo stesso dovuto, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto od in parte responsabile, con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato, verificatisi durante lo svolgimento delle Sue funzioni. In tal senso vengono considerati sinistro:
  - la comunicazione con la quale l'Ente Pubblico o la sua Impresa Assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave
  - l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'Oggetto di questa Assicurazione;
- . Forma Contrattuale: "Claims Made". In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l'Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.
- . Retroattività: 1 Gennaio 2010 (data di inizio copertura dell'attività professionale esercitata).
- . Massimale: € 1.000.000 per sinistro ed annualità assicurativa (€ 900.000 per sinistro e per anno assicurativo in eccesso ad € 100.000 per sinistro e per anno assicurativo già compresi nel tesseramento UIL PA).
- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell'Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall'Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.
- . Franchigia: nessuna
- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell'art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall'intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407. Innovazione Insurance Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L'intermediario è soggetto al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).