

**PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA COLLETTIVA R.C.
PROFESSIONALE ODONTOIATRICA N. 763.32.000001**

STIPULATA TRA

ANDI PROGETTI srl	e	SOCIETA' CATTOLICA
LUNGOTEVERE RAFFAELLO SANZIO 9 - 00153 ROMA		LUNGADIGE CANGRANDE, 16 . 37100 VERONA

La Polizza RC Professionale Odontoiatrica n. 763.32.000001 è stipulata da ANDI Progetti srl (contraente) nella forma di polizza collettiva a favore dei Soci ANDI (assicurati) che intendono aderire alla convenzione stessa. Il contratto ha durata triennale e decorre dalle ore 24 del 31 dicembre 2014 e cessa alle ore 24 del 31 dicembre 2017. La singola adesione al contratto decorre dalle ore 24 della data di pagamento dell'importo dovuto (o da quella successiva prevista dalla Domanda di Adesione) e cessa alle ore 24 del 31 dicembre di ciascun anno. La singola adesione è stipulata nella forma %on tacito rinnovo+.

Il contratto di assicurazione stipulato a favore degli associati ANDI prevede una copertura, prestata dalla **Società Cattolica di Assicurazione**, dell'attività professionale e dei rischi complementari, come la conduzione dello studio e le attività paraprofessionali indipendenti quali l'effettuazione di perizie e docenze. Eggarantita anche la responsabilità verso i prestatori d'opera e per le rivalse degli Assicuratori, sia privati che pubblici. Segnaliamo che nel caso di contemporanea operatività di altre polizze di R.C. professionale è possibile ottenere il dimezzamento del premio, come meglio precisato nella tabella "SCONTO PER COESISTENZA DI ALTRO CONTRATTO".

Le attività assicurabili sono di tre tipi: senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C, attività con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate; attività odontoiatrica con implantologia eseguita con qualsiasi metodica.

I massimali, per anno e per sinistro, sono a scelta 2.000.000 di Euro oppure 3.000.000 di Euro. Il premio quindi varia in funzione del massimale prescelto e dall'attività, come da tabella sotto riportata.

Per i neolaureati che svolgono solo attività odontoiatrica nel territorio Italiano ed esclusivamente in qualità di collaboratori presso strutture o studi odontoiatrici di terzi e senza titolarità di quote in Società che svolgono attività odontoiatrica, è prevista una tariffazione speciale per un massimo di tre anni per le coperture con implantologia osteointegrata e di quattro per quelle senza implantologia dalla data di iscrizione all'Albo, sempreché il Socio non abbia compiuto il 32° anno di età. Il massimale è unico di 1.500.000 e lo sconto praticato è oltre il 50%.

Relativamente alla responsabilità presso terzi è previsto uno scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro ed il massimo di 2.500 Euro nel caso di interventi riguardanti i gradi di rischio B e C. Tale scoperto è elevato al 20% con limite minimo di 2.500 Euro e senza limite massimo qualora si verificassero danni neurologici per i quali non fossero stati effettuati preventivamente adeguati esami radiologici volti a individuare la localizzazione e il decorso delle strutture nervose nell'area interessata dall'intervento, a seconda della condizione clinica e della zona anatomica interessata.

Le esclusioni sono limitate e per la loro presa di conoscenza si rinvia comunque all'art. 22 delle condizioni di assicurazione.

L'efficacia temporale del contratto è disciplinata dal regime Claims Made e più precisamente sono assicurate le richieste di risarcimento avvenute durante la copertura, anche se relative a fatti anteriori alla sua decorrenza, purché l'assicurato non ne avesse già avuto notizia. Inoltre, sempre se le richieste si riferiscono a negligenze o a errori professionali anteriori alla decorrenza della copertura di polizza, la Società Cattolica di Assicurazioni terrà indenne l'assicurato solo se la polizza di responsabilità professionale esistente all'epoca dei fatti non fosse più operante per difetto di garanzia postuma.

E' prevista sia la copertura postuma per i danni richiesti dopo la cessazione del contratto qualora questa sia avvenuta a seguito di iniziativa della Compagnia che per cessazione dell'attività. Per entrambe le postume è previsto il pagamento di un'annualità di premio.

La copertura delle spese legali è molto ampia rispetto a quanto previsto dall'art. 1917 c.c.

La polizza prevede anche l'estensione della copertura alle prestazioni sui tessuti periorali, ma in questo caso dovrà essere compilato lo specifico modulo.

Mod. OD Ed. 25/11/2016



TABELLA RIEPILOGATIVA DEI GRADI DI RISCHIO E DEI RELATIVI PREMI

ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 2.000.000,00	MASSIMALE Euro 3.000.000,00
Senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C	A	865,00	975,00
Con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate. ED considerata innanzitutto l'implantologia osteointegrata anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio B le seguenti attività: rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. <i>split crest</i> mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. <i>split crest</i> mandibolare), innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale	B	1.130,00	1.260,00
Con interventi di implantologia in genere. ED considerata innanzitutto l'implantologia in genere anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio C le seguenti attività: l'inserimento di impianti zigomatici, la cui copertura assicurativa è comunque subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di una adeguata e documentabile formazione specifica; implantologia con carico immediato, con l'avvertenza che si ha carico immediato quando la protesizzazione avviene prima dell'osteointegrazione e quindi entro i due mesi successivi alla collocazione dell'impianto. Non si considera inoltre carico immediato l'inserimento di mini impianti osteointegrabili realizzati in monoblocco di titanio chirurgico, di diametro inferiore a tre millimetri e la cui parte destinata all'ancoraggio della protesi mobile fa parte del corpo stesso dell'impianto o è sovrapplicabile.	C	1.415,00	1.600,00

SCONTO PER COESISTENZA DI ALTRE GARANZIE ASSICURATIVE (SECONDO RISCHIO)

Massimale della Polizza in corso con altra Compagnia	Sconto in percentuale
MINIMO " 1.000.000,00 PER DANNI ALLA PERSONA	50%

Rammentiamo che anche le polizze di secondo rischio vanno comunicate agli altri assicuratori con raccomandata A.R., come una qualsiasi nuova copertura per RC Professionale. Lo sconto non è concedibile qualora il grado di rischio della polizza preesistente sia inferiore, come nel caso in cui si richieda la copertura dell'implantologia e questa non sia prevista nel contratto coesistente di primo rischio.

Mod. OD Ed. 25/11/2016



COSTO ANNUO E DURATA DEGLI SCONTI PER I NEOLAUREATI
Nella domanda (punto 9) non è prevista la scelta del massimale in quanto unico

			Premio annuo per i primi due anni dalla data di iscrizione all'Ordine	Premio annuo per il periodo successivo 2 anni grado A 1 anno grado B
ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO		MASSIMALE Euro 1.500.000,00	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
Senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C	A		360,00	390,00
Con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate. ED considerata innanzitutto l'implantologia osteointegrata anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio B le seguenti attività: rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. <i>split crest</i> mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. <i>split crest</i> mandibolare), innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistruzione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale	B		460,00	550,00

I neolaureati, che svolgono attività professionale **esclusivamente sul territorio Italiano e solo in qualità di collaboratori presso strutture o studi odontoiatrici di terzi e inoltre senza titolarità di quote in Società che svolgono attività odontoiatrica**, hanno diritto all'applicazione dei costi di cui alla precedente tabella. **Lo sconto non è cumulabile con quello di secondo rischio e potrà venire applicato per un massimo di tre anni per le coperture con implantologia osteointegrata e di quattro per quelle senza implantologia dalla data di iscrizione all'Albo, sempreché il Socio non abbia compiuto il 32° anno di età. Pertanto sarà dovuto l'intero importo del premio, eventualmente, pro rata temporis, oltre che in caso di superamento del periodo previsto dall'iscrizione all'Albo, anche a seguito del compimento del 32° anno di età.**

L'appartenenza ad uno **Studio Odontoiatrico Associato** dà diritto ad uno **sconto del 10%** purché il numero degli aderenti alla Polizza non sia inferiore a due.

ALCUNE RACCOMANDAZIONI PER LE DENUNCE DI SINISTRO

La denuncia di sinistro va indirizzata a **Oris Broker, Via Ripamonti 44, 20141 Milano - Servizio Sinistri.**

L'invio deve avvenire appena possibile, anche se la Polizza prevede un termine di 15 giorni.

Soprattutto è importante fornire adeguate informazioni. A tal fine è preferibile seguire uno schema che garantisca un'esposizione ordinata e completa, i cui punti principali sono l'esatta individuazione del danneggiato, con generalità e indirizzo, l'importo della cartella clinica e dei documenti comunque trasmessi dal danneggiato o dal suo legale. Va aggiunta una relazione che descriva obiettivamente la storia clinica nella successione temporale dei trattamenti, evidenziando quelli su cui si basa la pretesa risarcitoria e vanno infine elencati gli importi e la data degli eventuali pagamenti percepiti. Se il sinistro viene denunciato a seguito di un'iniziativa giudiziaria, va trasmessa una copia del documento legale, mentre l'originale va conservato in attesa di istruzioni. Per la disciplina complessiva riguardante i sinistri si prega comunque di leggere con particolare attenzione gli articoli 25, 26 e 27 di polizza.

Nel caso che, pur avendo effettuato tutti gli adempimenti, fossero richiesti altri documenti ed informazioni o la compilazione del modulo standard per la denuncia, è necessario attivarsi con sollecitudine. Infatti un rapido inquadramento della situazione nei suoi aspetti di operatività contrattuale, sulla responsabilità e sull'entità del danno, è sempre di interesse generale.

Per maggiori informazioni e per avere copia della polizza potrete collegarvi al sito www.andi.it. In alternativa potrete contattare via mail orisbroker@orisbroker.it o utilizzare le coordinate Oris Broker riportate in calce.

Mod. OD Ed. 25/11/2016



Convenzione RC Professionale Odontoiatri ANDI /Cattolica n. 763.32.000001

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che la mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del Suo bisogno assicurativo e dell'adeguatezza della copertura assicurativa alle Sue esigenze assicurative.**

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

Aderente Cognome nome: _____
 Codice fiscale: _____
 Sesso: _____ Data di nascita: _____ Et : _____
 Provincia di residenza: _____

1) Esigenze assicurative Quali sono le Sue esigenze assicurative?

- protezione del patrimonio derivante 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 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

2) Attuali coperture Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze danni?

- no
- si, per la protezione del patrimonio derivante 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, polizza all risk
- si, per la protezione della persona per il rischio infortunio
- si, per la protezione della persona per il rischio malattia
- si, per il patrocinio legale in caso di chiamata in giudizio

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

- con scopertura o franchigia
- totale

4) Tipo di attivit  svolta Le attivit  odontoiatrica da Lei esercitata   svolta:

- senza interventi di implantologia o attivit  parificate ad essa
 - con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attivit  parificate
- Esclusa innanzitutto l'implantologia osteointegrata+anche la protesizzazione su impianti, nonch  le seguenti attivit : rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. split crest mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. split crest mandibolare), innesto di osso eterologo (e ci  prelevato da altro essere vivente . in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistruzione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale*

Mod. OD Ed. 25/11/2016



- con interventi di implantologia in genere
È considerata innanzitutto l'implantologia in genere+ anche la protesizzazione su impianti, nonché le seguenti attività: inserimento di impianti zigomatici; implantologia con carico immediato, con l'avvertenza che si ha carico immediato quando la protesizzazione avviene prima dell'osteointegrazione e quindi entro i due mesi successivi alla collocazione dell'impianto. Non si considera inoltre carico immediato l'inserimento di mini impianti osteointegrabili realizzati in monoblocco di titanio chirurgico, di diametro inferiore a tre millimetri e la cui parte destinata all'ancoraggio della protesi mobile fa parte del corpo stesso dell'impianto o è sovrapponibile.

4A) In relazione all'attività odontoiatrica, svolge anche trattamenti estetici?

- sì
se sì, con quali metodologie?
 filler a base di acido ialuronico apparecchi elettromedicali altro
- no

4B) Si avvale della collaborazione di altri odontoiatri?

- no
- sì
se sì, i collaboratori sono tutti assicurati con una polizza RC Professionale?
 sì no

4C) Riveste la carica di Direttore Sanitario?

- no
- sì

5) Durata

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

- 1 anno con tacito rinnovo annuale
- 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto.

Luogo e data

L'aderente

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

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

Luogo e data

L'aderente

Mod. OD Ed. 25/11/2016



DOMANDA DI ADESIONE

IMPORTANTE: DOCUMENTO DA RESTITUIRE INTEGRALMENTE CON FIRME IN ORIGINALE AD ORIS BROKER

La domanda di adesione va compilata integralmente ed inviata:

per posta ad **ORIS BROKER Via Ripamonti, 44 20141 MILANO**
 per fax al numero **02/30461002** La trasmissione dell'originale a mezzo posta è comunque necessaria
per la regolarità formale dell'adesione al servizio assicurativo di cui alla Polizza sopra indicata.

La domanda di adesione deve pervenire almeno **5 giorni lavorativi - e almeno il triplo in caso di sinistralità pregressa -** prima della data di decorrenza richiesta e riportata sulla domanda di adesione e deve risultare chiaramente la firma dell'aderente/assicurato.

Se viene compilata manualmente, si prega di utilizzare lo stampatello e di leggere attentamente la premessa.

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nella compilazione del modulo di adesione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

1 ADERENTE/ASSICURATO (si evidenzia che la copertura è riservata agli associati ANDI salvo quanto previsto dagli articoli 28 e 30 di Polizza)

cognome e nome
luogo e data di nascita
codice fiscale (obbligatorio) e partita IVA

2 DOMICILIO O INDICAZIONI PER L'INOLTRO DELLA CORRISPONDEZA CARTACEA

via o piazza		
CAP	Città	
tel.	fax	Cellulare
Indirizzo e-mail	Titolare di studio NO SI Collaboratore presso altri studi NO SI	
iscritto alla sezione provinciale ANDI di _____ .. codice ANDI N. _____ .		

3 ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ESERCITATA (vedi art. 12)

senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C	grado di rischio A
con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate	grado di rischio B
con interventi di implantologia in genere	grado di rischio C

4 MASSIMALE PRESCELTO

<input type="checkbox"/>	Euro 2.000.000
<input type="checkbox"/>	Euro 3.000.000

5 DECORRENZA ADESIONE ore 24.00 del ____ / ____ / _____ / (giorno/mese/anno)

6 PRECEDENTI ASSICURATIVI

se esistono, l'indicazione è obbligatoria e si raccomanda inoltre nell'interesse dell'assicurato l'invio della copia integrale dell'ultima polizza in vigore anche se non si richiedono sconti per la coesistenza di altro contratto come nel punto 7. Gli altri contratti vanno accuratamente conservati dall'assicurato anche se scaduti.

NO	SI	Compagnie precedenti (da indicare in successione temporale)
si conferma che viene trasmessa copia dell'ultima polizza in vigore		

Mod. OD-AA1 Ed. 25/11/2016



7 COESISTENZA DI ALTRE GARANZIE ASSICURATIVE

SI richiesta di sconto valida se vengono fornite tutte le seguenti informazioni e viene trasmessa copia integrale della polizza coesistente
Compagnia coesistente _____ massimale Euro _____ .
indicare giorno mese anno della scadenza ____ / ____ / ____ / oppure, se si desidera mantenere il contratto precedente barrare il quadratino a fianco _____ a tempo indeterminato

8 STUDIO ASSOCIATO (solo se si richiede lo sconto, vedasi la premessa)

SI richiesta di sconto del 10%
NOMINATIVO DI UN ALTRO COLLEGA ASSOCIATO ALLO STUDIO E GIÀ COPERTO CON LE GARANZIE DELLA POLIZZA Dott. _____

9 NEOLAUREATI (solo se si richiede lo sconto)

SI richiesta di sconto _____ data di iscrizione all'Albo ____ / ____ / ____ /

10 NUMERO TOTALE DEI DIPENDENTI: _____**11 SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE DI ALTRI ODONTOIATRI** NO SI N. _____**Elencare di seguito nominativi, competenze cliniche di ciascuno di essi, se sono assicurati e con quale Compagnia**

- Nome _____
competenze cliniche _____
assicurato/a NO SI indicare la Compagnia di assicurazione _____
- Nome _____
competenze cliniche _____
assicurato/a NO SI indicare la Compagnia di assicurazione _____
- Nome _____
competenze cliniche _____
assicurato/a NO SI indicare la Compagnia di assicurazione _____
- Nome _____
competenze cliniche _____
assicurato/a NO SI indicare la Compagnia di assicurazione _____
- Nome _____
competenze cliniche _____
assicurato/a NO SI indicare la Compagnia di assicurazione _____

proseguire eventualmente su Vostra carta intestata ed allegare il documento al presente modello

SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE O COLLABORA CON PROFESSIONISTI DIVERSI DAGLI ODONTOIATRI O DAGLI IGIENISTI? SI NO**SE SI SPECIFICARE LA SPECIALIZZAZIONE**

Mod. OD-AA1 Ed. 25/11/2016



12 UBICAZIONE STUDIO PRINCIPALE

via o piazza		
CAP	Città	
tel.	fax	cellulare
Tipologia giuridica dello studio Studio individuale Studio Associato Struttura complessa monospecialistica odontoiatrica Società monospecialistica odontoiatrica Altro		

13 ALTRI STUDI

solo località e provincia

14 INDICARE DANNI PROFESSIONALI A TERZI NEGLI ULTIMI 5 ANNI SI NO

SE SI SPECIFICARE: CLINICI ALTRI
E ANTERIORMENTE AGLI ULTIMI 5 ANNI SI NO

IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE ALLEGARE UNA RELAZIONE INDICANTE CAUSE, CARATTERISTICHE ED ENTITÀ DEI SINISTRI.

15 ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI DAL PUNTO DI VISTA INFORMATIVO:

In relazione a quanto precede, i nostri rapporti sono regolati secondo quanto di seguito precisato:

1. Prendo atto che l'operatività delle prestazioni è subordinata alla qualifica di socio Andi ed all'effettivo pagamento del costo di adesione, che l'operatività della garanzia decorre dalle ore 24 della data di detto pagamento o da quella successiva prevista dalla domanda di adesione, e che cessa alle ore 24 del 31.12 di ciascun anno. Prendo altresì atto, che le dichiarazioni da me effettuate, in particolari quelle relative al punto 15 della presente domanda, hanno rilevanza anche ai fini di cui agli articoli 1892 e 1893 c.c.
2. **Il costo di adesione è annuo e va corrisposto in un'unica soluzione.** Per le adesioni in corso d'anno, l'importo dovuto verrà calcolato in ragione dei giorni di effettiva garanzia prestata nell'anno di assicurazione, ma in nessun caso il rateo potrà essere inferiore a euro cinquanta.
3. **I pagamenti devono essere effettuati esclusivamente a mezzo bonifico a favore del sotto indicato destinatario, indicando sempre i dati dell'aderente/assicurato.** I riferimenti del bonifico dovranno essere inoltre completati con il numero di posizione che Vi verrà precisato da Oris Broker con una comunicazione.

Oris Broker srl con Unico Socio

Farbanca - Sede di Bologna

Causale: Cognome e Nome A n. posizione assicurativa A R.C. Odontoiatra

IBAN IT43X0311002400001570013000

Si considera come giorno di pagamento quello in cui viene dato ordine di bonifico o, se posteriore, quello della valuta. Se il pagamento fosse già stato effettuato prima dell'invio della domanda di adesione, allegare copia del bonifico. Tuttavia nel caso di adesione per una sola parte di annualità onde evitare errori è preferibile attendere i conteggi di Oris Broker prima di disporre il bonifico.

4. In mancanza di disdetta comunicata per iscritto almeno 30 giorni prima della scadenza annuale - l'adesione alla polizza verrà prorogata per un'ulteriore annualità ed il pagamento dell'importo dovuto dovrà essere effettuato entro il 31 gennaio dell'annualità cui si riferisce la copertura. Il ritardato od omesso pagamento comporterà la mancata attivazione della garanzia assicurativa. Decorso il termine di 6 mesi dalla scadenza, in caso di mancato pagamento, si intenderà risolta l'adesione alla polizza sopra indicata. Sia in occasione dell'adesione che dei rinnovi, i pagamenti non eccedenti i 5,00 Euro rispetto l'importo dovuto non verranno rimborsati per evidenti ragioni di antieconomicità legate ai costi di bonifico e verranno devolute globalmente in una o più soluzioni annue alla Fondazione Andi Onlus. Per contro, le eccedenze superiori ai 5,00 Euro verranno rimborsate ma al netto delle spese di bonifico.

luogo e data

L'aderente/assicurato

Mod. OD-AA1 Ed. 25/11/2016



Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di accettare specificatamente gli artt. 3 (Coesistenza di altre assicurazioni) – 6 (Procedura di risanamento tecnico - Recesso in caso di sinistro) – 16 (Foro competente) – 22 (Esclusioni e Norme Inderogabili) – 25 (Denuncia ed altre comunicazioni di responsabilità) – 26 (Gestione del sinistro – Arbitrato irrituale) – 27 (Nomina di legali e periti - Malleva) del contratto assicurativo in forma collettiva n. 763.32.000001 stipulato tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. **Dichiara altresì di accettare la normativa di cui all'art. 23 del predetto contratto che regola l'inizio ed il termine della garanzia in deroga al 1° comma dell'art. 1917 c.c. (Inizio e termine della garanzia – Condizioni assicurative di riferimento – Garanzia progressa – Garanzia postuma).**

luogo e data

L'aderente/assicurato

Dichiaro di aver ricevuto e comunque di essere in possesso e di aver letto il Fascicolo Informativo, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione del contratto assicurativo in forma collettiva n. 763.32.000001 stipulato tra Andi Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop. al quale si chiede l'adesione, e di accettare integralmente il contenuto di detti documenti.

luogo e data

L'aderente/assicurato

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7A e 7B ed. 25/11/2016 di cui al Regolamento ISVAP n. 5/2006.

luogo e data

L'aderente/assicurato

Indico di seguito le modalità con le quali intendo ricevere la documentazione relativa a questo contratto di assicurazione, con la consapevolezza che successivamente, in qualunque momento, è possibile modificare la modalità di spedizione o revocarne la scelta inviando una comunicazione ad orisbroker@orisbroker.it e che ai sensi del Regolamento Ivass n. 34 art. 10, comma 4, inoltre "il contraente, su richiesta e senza oneri, ha in ogni caso diritto di ricevere dall'impresa in qualunque momento la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente su supporto cartaceo, nonché di modificare la tecnica di comunicazione a distanza utilizzata, a meno che tale circostanza non sia incompatibile con il contratto concluso".

Modalità di ricevimento dei Documenti

Formato cartaceo (Poste)

Formato digitale (PDF via mail)

mail: _____

Formato Fax

n. fax: _____

Mod. OD-AA1 Ed. 25/11/2016



INFORMAZIONI DA PARTE DI CATTOLICA ASSICURAZIONI RIGUARDANTE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge)

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER gli SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione È Società Cooperativa** allo scopo di:

- dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie (ad esempio: normativa in materia di antiriciclaggio, di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa) ed esercitare azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione e tra i quali sono compresi i dati personali sensibili, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti il rischio o il servizio assicurato, dati attinenti i sinistri e le modalità di risarcimento degli stessi.

II - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER gli SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Qualora Lei acconsenta, i Suoi dati personali (ad esclusione di quelli sensibili) saranno utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione È Società Cooperativa** al fine di:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;
- svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni;

In aggiunta questi Suoi dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

III È MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dai responsabili e dagli incaricati preposti di **Società Cattolica di Assicurazione È Società Cooperativa**, e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; istituti di credito; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati agli Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), ad organismi consortili propri del settore assicurativo (ad esempio Pool Handicappati, ecc.), ad altri soggetti terzi pubblici e/o privati (ad esempio: ANIA, IVASS, CONSAP, Casellario Centrale Infortuni, altri Enti Pubblici), Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi.

I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **Società Cattolica di Assicurazione È Società Cooperativa**, Titolare del trattamento dati, contattando il **Centro di Competenza Privacy e Sicurezza delle Informazioni**, Lungadige Cangrande n. 16 - 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Mod. OD-V Ed. 25/11/2016



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DA PARTE DI ORIS BROKER PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (DL 196 DEL 30/06/03)

Con effetto 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il Codice della Privacy che riunisce in un unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti, e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni. 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 alla 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 esclusivamente all'espletamento dell'attività di mediazione 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 anticirclaggio, disposizioni dell'ISVAP/IVASS, ecc.)
- c) funzionali allo sviluppo dell'attività del Broker per le quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso:
 - c. 1) Inviare alla clientela informazioni o materiale pubblicitario riguardanti prodotti o servizi del Broker
 - c. 2) Inviare alla clientela circolari tecniche informative di vario genere e quelle riguardanti la prevenzione dei rischi
 - c. 3) Verificare il 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, ecc.) 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 che si trova nella dichiarazione di consenso allegata.

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 Disciplinary Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy. I dati verranno trattati per tutta la durata del rapporto contrattuale ed anche successivamente, per l'espletamento di obblighi di legge e per finalità amministrative e commerciali.

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 anticirclaggio, 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

I dati personali relativi al trattamento in questione possono essere comunicati:

- a) 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 testi e capitolati assicurativi, convenzioni, ecc.; società che svolgono servizi assicurativi di professionisti in genere: Risks Manager, società di stime patrimoniale, ecc.; 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,

Mod. OD-AA1 Ed. 25/11/2016



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; IVASS e Ministero dell'Industria e del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UIF, 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) per le finalità di cui al punto 1. a), b) e c) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

Senza il consenso dell'interessato può essere inficiata la qualità del servizio offerto al Cliente e conseguentemente del prodotto offerto.

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 ma sempre all'interno della UE

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 rettifica 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

EqLa società Oris Broker Srl con Unico Socio, in persona del suo legale rappresentante Dottor Andrea Onofrio Fabiano, con sede in Roma Lungotevere Sanzio, n. 9, tel. 06/5881753 Fax. 06/58348496 e-mail amministrazione@Orisbroker.it.

11. Responsabile del trattamento dati

EqLa Società Oris Broker s.r.l. con Unico Socio nella persona del suo legale rappresentante Dottor Andrea Onofrio Fabiano, Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a:

Oris Broker srl con Unico Socio

Sede Operativa: Via Ripamonti 44 . 20141 Milano - Tel. 02/30461010 - Fax 02/30461002

e-mail orisbroker@orisbroker.it

Sede Legale: Lungotevere R. Sanzio 9 . 00153 Roma . Tel. 06/5881753 . Fax 06/58348496



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, **consegnano al contraente** copia del documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **illustrano al contraente** in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c) **sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati** alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) **informano il contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, **lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza**;
- e) **consegnano al contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto**;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, **i seguenti mezzi di pagamento**:
 1. **assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, **sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1**;
 3. **denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), con il limite consentito dalla normativa nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.**

Mod. OD-7A Ed. 25/11/2016



INFORMAZIONI RESE AL CONTRAENTE (E AGLI ASSICURATI DI POLIZZE COLLETTIVE) PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente.

L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

Parte I È Informazioni generali sull'intermediario

ORIS BROKER s.r.l., (rappresentato dall'Amministratore Delegato e Responsabile dell'attività di intermediazione assicurativa dott. Fabiano Andrea Onofrio, iscritto in data 12 agosto 2015 nella Sezione B del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi, numero di iscrizione B000497298) iscritta in data 7 marzo 2008 nella Sezione B del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi, numero di iscrizione B000245478, con sede legale ed amministrativa in Roma, al Lungotevere Raffaello Sanzio 9, e sede operativa in Milano, alla via Ripamonti 44, tel. 02.30461010, fax 02.30461002, e-mail: orisbroker@orisbroker.it.

L'attività svolta dall'intermediario è soggetta alla vigilanza dell'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

È possibile verificare gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it) .

Parte II È Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Oris Broker s.r.l. ed il dott. Fabiano Andrea Onofrio non detengono partecipazioni dirette o indirette superiori al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.

Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante un'impresa di assicurazione detiene partecipazioni dirette o indirette superiori al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Oris Broker s.r.l.

L'intermediario propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.

Su richiesta, l'intermediario potrà fornire la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali lo stesso ha o potrebbe avere rapporti di affari.

Parte III È Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

I premi pagati e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese assicurative, se regolati tramite l'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

Il pagamento del premio eseguito in buona fede ad Oris Broker o ai suoi collaboratori ha effetto liberatorio per il contraente/assicurato nei confronti della Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa e conseguentemente impegna la Compagnia a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

L'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti/assicurati da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori e delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Gli assicurati hanno la facoltà di rivolgersi al Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e riassicurazione c/o CONSAP S.p.A. - Via Yser, 14 - 00198 Roma - tel. 06.857961, 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 anzidetta.

Il Contraente, l'assicurato o comunque l'avente diritto ha a facoltà di proporre reclamo per iscritto all'impresa Assicurativa, agli indirizzi da essa dedicati, o alla Funzione Reclami di Oris Broker, con le seguenti modalità:

Posta ordinaria o raccomandata	Posta elettronica	Posta elettronica certificata	Fax
Oris Broker Srl con Unico Socio Via Ripamonti 44 - 20141 Milano	reclami@orisbroker.it	orisbroker@pec.andi.it	02/30461002

Nel caso non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa di assicurazione entro il termine massimo di 45 giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma (fax: **06 42133206**, pec: **ivass@pec.ivass.it**, Info su: **www.ivass.it**).

Resta ferma la facoltà del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ovvero di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali la procedura di conciliazione.

Mod. OD-7B Ed. 25/11/2016

SI CONSIGLIA DI FARE UNA COPIA DEL PRESENTE MODULO DI ADESIONE PRIMA DELL'INVIO

