

Raccolta Dati e Adesioni

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Nazione _____

Indirizzo di residenza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

E-mail _____ Telefono _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

1. Origine e finalità del trattamento dei dati personali

I Suoi dati personali, acquisiti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati dalla Società Cunsolo Francesco Maria S.A.S. (di seguito "Società") al fine di poter svolgere, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo mms o sms, etc.), attività commerciali e promozionali, relativamente a servizi e prodotti assicurativi e finanziari.

2. Base giuridica del trattamento

In relazione alla finalità sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dal Suo consenso esplicito, che viene espresso in calce alla presente informativa.

3. Modalità di trattamento

I dati saranno trattati dalla Società – Titolare del Trattamento – anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute. I dati saranno conservati di norma 2 anni con possibile estensione fino a 5 anni, in base al tipo di rapporto instaurato (semplice contatto via web, piuttosto che registrazione, contatto occasionale o consolidato) e tenuto conto della tipologia dei dati trattati.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati, secondo i casi e limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti – situati in Italia o all'estero – che svolgono, per conto della Società stessa, attività di natura tecnica, organizzativa ed operativa. I dati potranno anche essere comunicati alle imprese controllate, direttamente o indirettamente, dalla Società. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

5. Diritti dell'interessato (Artt. 12-23 del Regolamento)

Lei ha il diritto di conoscere quali siano i Suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengono trattati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne in copia un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei Suoi diritti, potrà rivolgersi alla nostra Agenzia – Piazza della Concordia 20, 95047 Paternò (CT) – Telefono 095 846 397 E-mail info@cunsoloassicurazioni.it.

6. Titolare e Responsabile della protezione dei dati

- Il Titolare del trattamento è la Società Cunsolo Francesco Maria S.A.S. – Piazza della Concordia, 20 – 95047 Paternò (CT).

- Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: info@cunsoloassicurazioni.it

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa privacy e do il mio consenso al trattamento dei miei dati personali come sopra indicato.

Data _____

Firma Cliente

TUTELA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Difesa Reale *Difende il valore delle tue attività***PROFESSIONI SANITARIE****In caso di più professionisti occorre compilare un questionario per ciascun assicurato****DATI DEL CONTRAENTE**

Nome e cognome / Ragione Sociale _ _ _ _ _

Indirizzo di residenza / Sede Legale _ _ _ _ _

Comune _ _ _ _ _ CAP _ _ _ _ _ Provincia _ _ _ _ _

Luogo e data di nascita _ _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ Nazione _ _ _ _ _

Codice Fiscale _ _ _ _ _ Partita IVA _ _ _ _ _

Indirizzo e-mail _ _ _ _ _

Indirizzo p.e.c. _ _ _ _ _

Numero di telefono _ _ _ _ _

Se il contraente è interessato a ricevere le comunicazioni in formato elettronico, si rimanda al CCE (Consenso contrattuale elettronico).

STUDIO PROFESSIONALE

Indirizzo dello studio professionale (Indirizzo, Comune, CAP e Provincia):

1) _ _ _ _ _

2) _ _ _ _ _

3) _ _ _ _ _

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO DA COMPILARE SOLO SE SOGGETTO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Nome e cognome _ _ _ _ _

Indirizzo di residenza _ _ _ _ _

Comune _ _ _ _ _ CAP _ _ _ _ _ Provincia _ _ _ _ _

Luogo e data di nascita _ _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ Nazione _ _ _ _ _

Codice Fiscale _ _ _ _ _ Partita IVA _ _ _ _ _

TITOLO DI STUDIO E SPECIALIZZAZIONE DELL'ASSICURATO☐ Laurea o ☐ Diploma in _ _ _ _ _

Data di conseguimento del titolo di studio _ _ / _ _ / _ _ _ _

Data di iscrizione all'Albo o Registro professionale _ _ / _ _ / _ _ _ _

☐ Specializzando in _ _ _ _ _☐ Specializzato in _ _ _ _ _

Data di conseguimento della specializzazione _ _ / _ _ / _ _ _ _

GARANZIE ACQUISTABILI

In caso di più professionisti, se viene acquistata la garanzia Responsabilità Civile, la scelta del tipo di copertura deve essere la medesima per tutti gli assicurati.

1 Quali garanzie l'assicurato desidera acquistare?

Le coperture di Responsabilità Civile sono alternative tra di loro.

- ☐ Copertura Responsabilità Civile Completa
- ☐ Copertura Responsabilità Civile limitata all'azione di rivalsa per colpa grave*
- ☐ Tutela Legale

*Questa copertura è acquistabile solo da: dipendenti puri o dipendenti che esercitano attività libero professionale in intramoenia o da convenzionati con il SSN che esercitano attività libero professionale occasionale.

PRECEDENTI ASSICURATIVI

2	Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Responsabilità Civile? Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza: ----- -----	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
3	Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Tutela Legale? Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza: ----- -----	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
4	Negli ultimi 10 anni, il professionista ha sempre avuto una copertura limitata alla sola rivalsa per colpa grave? <div>Attenzione: in caso di acquisto della Retroattività Illimitata (domanda n.33) non tenere conto del limite di 10 anni: è necessario rispondere con riferimento anche al periodo precedente</div>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
5	Ha avuto polizze di Responsabilità Civile professionale o di Tutela Legale disdettate o non rinnovate da altri Assicuratori? Se sì, indicare la Compagnia Assicurativa, la data e il motivo della disdetta o del mancato rinnovo: ----- -----	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

In caso di acquisto della SOLA Tutela Legale, compilare esclusivamente la domanda 6.

6 Attuale inquadramento professionale

- ☐ a) Specializzando
- ☐ b) Dipendente che esercita la sua attività in regime di esclusiva, esclusa attività libero professionale (dipendente puro)
- ☐ c) Convenzionato con il SSN che NON esercita attività libero professionale (parificabile al dipendente puro)
- ☐ d) Dipendente che esercita la sua attività in regime di esclusiva, compresa attività libero professionale (intramoenia)
- ☐ e) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale occasionale* (parificabile a intramoenia)
- ☐ f) Dipendente che non esercita la sua attività in regime di esclusiva (extramoenia)
- ☐ g) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale strutturata** (parificabile a extramoenia)
- ☐ h) Libero professionista

* LIBERA PROFESSIONE OCCASIONALE: attività lavorativa non esercitata in forma abituale e continuativa al di fuori degli orari dedicati all'attività convenzionale.

**LIBERA PROFESSIONE STRUTTURATA: attività lavorativa esercitata in forma organizzata, abituale e continuativa, che comporta un impegno orario settimanale definito al di fuori degli orari dedicati all'attività convenzionale.

7 Struttura dove il professionista opera prevalentemente:

- ☐ Struttura pubblica _____
- ☐ Struttura privata _____
- ☐ Studio professionale ☐ proprio ☐ di terzi _____

8 Il professionista ha cambiato inquadramento professionale negli ultimi 10 anni?

Attenzione: in caso di acquisto della Retroattività Illimitata (domanda n.33) non tenere conto del limite di 10 anni: è necessario fornire informazioni anche relative al periodo antecedente

- ☐ No ☐ Sì, un solo cambio (compilare punto 8.1) ☐ Sì, più di un cambio⁽¹⁾ (compilare punto 8.2)

8.1 Indicare la data del cambio e l'inquadramento precedente:

Data: _ _ / _ _ / _ _ _ _

- ☐ Specializzando
- ☐ Convenzionato senza libera professione / dipendente puro (esclusa attività libero professionale)
- ☐ Convenzionato con libera professione occasionale / dipendente in intramoenia
- ☐ Convenzionato con libera professione strutturata / dipendente in extramoenia
- ☐ Libero professionista

8.2 Indicare la cronologia dei cambi specificando l'inquadramento:

¹ Nota per intermediario: se la risposta è "Sì, più di un cambio" il rischio è riservato direzione

TIPO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE – GARANZIA BASE

In caso di acquisto della SOLA Tutela Legale, compilare solo le domande dalla 9 alla 17.

Negli altri casi, compilare tutte le domande, dalla 9 alla 22.

Il professionista:		
9	Esegue interventi invasivi? Se sì, indicare quali: ----- ----- <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Per interventi invasivi si intendono le indagini diagnostiche e manovre terapeutiche che prevedono l'inserimento nell'organismo di sonde, cateteri o dispositivi medici, come ad esempio coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, biopsie, impianto di pacemaker. </div>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
10	Esegue interventi chirurgici ambulatoriali? Se sì, indicare quali: ----- ----- <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Per interventi chirurgici ambulatoriali si intendono gli interventi che non richiedono ricovero, neanche diurno, con eventuale anestesia locale e che prevedono manovre manuali o strumentali come incisioni, resezioni, asportazioni anche mediante tecnologie laser. </div>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
11	Esegue altri interventi chirurgici? Se sì, indicare quali: ----- ----- <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Per interventi chirurgici si intendono gli interventi che possono richiedere ricovero, anche solo diurno, con anestesia locale o generale e che prevedono manovre manuali o strumentali come incisioni, resezioni, asportazioni anche mediante tecnologie laser. </div>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
12	Esegue interventi di chirurgia bariatrica? ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
13	Esegue interventi di chirurgia spinale/vertebrale? ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
14	Esegue interventi di chirurgia plastica ⁽²⁾ ? Se sì, indicare se si tratta di: <input type="checkbox"/> chirurgia ricostruttiva <input type="checkbox"/> chirurgia estetica Indicare quali: ----- ----- <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> La chirurgia estetica non è coperta dall'assicurazione. </div>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
15	Esegue attività in ambito di ostetricia?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
16	Esegue attività di assistenza al parto?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
17	Esegue interventi di implantologia dentale?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
18	Effettua diagnosi in ambito senologico?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
19	Pratica la radioterapia?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
20	Per veterinario: esegue attività su animali esotici o da competizione o da reddito/allevamento?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

² Nota per intermediario: il rischio è riservato direzione

21	<p>Facendo riferimento alle attività oggetto delle domande della presente tabella, negli ultimi 10 anni, l'attività del professionista ha subito delle variazioni ⁽³⁾?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Ad esempio, rispondere "SI" se negli ultimi 10 anni il professionista ha smesso di esercitare attività chirurgica / invasiva, oppure ha iniziato ad effettuare interventi di implantologia.</p> <p>Attenzione: in caso di acquisto della Retroattività Illimitata (domanda n.33) non tenere conto del limite di 10 anni: è necessario fornire informazioni anche relative al periodo antecedente.</p> </div> <p>Se sì, indicare la cronologia dei cambi e tipologia:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
22	<p>Acquisisce il consenso informato in forma scritta se previsto per legge?</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

TIPO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE – CONDIZIONI INTEGRATIVE

Da compilare in caso di acquisto della Sezione RC

Il professionista:			
23	<p>Esegue trattamenti di medicina estetica?</p> <p>Se sì, indicare quali:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
24	<p>Per operatori e tecnici sanitari (infermieri, tecnici di laboratorio, etc.): esegue attività di coordinamento sanitario (ad esempio capo sala)?</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
25	<p>Ricopre incarichi di direttore di struttura (ex primario) o di analoga funzione organizzativa presso ente ospedaliero riconosciuto tale a norma di legge o presso clinica universitaria?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <p>NB: Altre funzioni organizzative (ad esempio Direttore Sanitario, Direttore Generale) non sono assicurabili</p> </div>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
26	<p>Svolge incarichi di medico competente ai sensi del d.lgs. 81/2008?</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
27	<p>Svolge attività in forma abituale o con assegnazione di turni presso il reparto di pronto soccorso?</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
28	<p>Pratica attività di procreazione medicalmente assistita⁽³⁾?</p> <p>Se sì:</p> <p><input type="checkbox"/> di 1° livello</p> <p><input type="checkbox"/> di 2° livello</p> <p><input type="checkbox"/> di 3° livello</p> <p>Presso quale struttura è svolta tale attività?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

³ Nota per intermediario: il rischio è riservato direzione

29	<p>Facendo riferimento alle domande della presente tabella, negli ultimi 10 anni, l'attività del professionista ha subito delle variazioni ⁽⁴⁾?</p> <p>Ad esempio, rispondere "SI" se negli ultimi 10 anni il professionista ha smesso di svolgere incarichi di medico competente o ha cessato di praticare la medicina estetica.</p> <p>Attenzione: in caso di acquisto della Retroattività Illimitata (domanda n.33) non tenere conto del limite di 10 anni: è necessario fornire informazioni anche relative al periodo antecedente.</p> <p>Se sì, indicare la cronologia dei cambi e tipologia:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----	--	-----------------------------	-----------------------------

TIPO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE – CONDIZIONI FACOLTATIVE

Il professionista è interessato a:			
30	estendere la garanzia alle perdite pecuniarie?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
31	<p>estendere la garanzia al laboratorio odontotecnico dello studio dentistico?</p> <p>NB: L'assicurazione si estende alla Responsabilità Civile personale degli odontotecnici, nei limiti delle loro competenze, per i danni derivanti dall'attività prestata per conto dell'assicurato.</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
32	<p>acquistare la garanzia che prevede, in caso di sinistro, la rinuncia di Reale Mutua alla rivalsa nei suoi confronti se non ha raggiunto il 70% dei crediti formativi (ECM)?</p> <p>NB: In caso di mancato acquisto di questa condizione facoltativa, se il professionista non ha raggiunto il 70% dei crediti, Reale Mutua ha il diritto di rivalsa nei suoi confronti per la restituzione di quanto pagato al terzo danneggiato che abbia esercitato azione diretta.</p>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
33	acquistare la retroattività illimitata?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

MASSIMALI E SCOPERTI

34	Responsabilità Civile - Massimale per sinistro:	
	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000
	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 4.000.000
	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000
	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<p>NOTA BENE</p> <p>Secondo la normativa vigente per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto è previsto un massimale minimo 2.000.000 € (triplicato per anno e per serie di sinistri); per tutti gli altri casi 1.000.000 € (triplicato per anno e per serie di sinistri).</p>		

⁴ Nota per intermediario: il rischio è riservato direzione

DICHIARAZIONI DEL PROFESSIONISTA

Le dichiarazioni relative ai sinistri sono essenziali ai fini della determinazione della classe di rischio (Bonus/Malus); è indispensabile che i campi siano integralmente compilati.

35	Negli ultimi 5 anni ha ricevuto richieste di risarcimento relative alla garanzia R.C.?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare:			
Data della richiesta di risarcimento: __ / __ / __ __ __			
Descrizione Evento:			

Stato del sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso con liquidazione <input type="checkbox"/> Chiuso senza seguito			
Se aperto, entità della richiesta di risarcimento: € _____			
Se chiuso con liquidazione:			
Entità del risarcimento: € _____			
Data della liquidazione: __ / __ / __ __ __			
Data della richiesta di risarcimento: __ / __ / __ __ __			
Descrizione Evento:			

Stato del sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso con liquidazione <input type="checkbox"/> Chiuso senza seguito			
Se aperto, entità della richiesta di risarcimento: € _____			
Se chiuso con liquidazione:			
Entità del risarcimento: € _____			
Data della liquidazione: __ / __ / __ __ __			
36	Nell'ultimo anno sono stati liquidati, da Reale Mutua o da altra compagnia, sinistri relativi alla garanzia R.C. Professionale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> NB: È necessario indicare qualsiasi sinistro liquidato nell'ultimo anno, a prescindere dalla data di ricezione della richiesta di risarcimento </div>			
Se sì, indicare il numero di sinistri liquidati: _____			
Indicare se la somma complessiva liquidata è:			
<input type="checkbox"/> uguale o inferiore a € 5.000			
<input type="checkbox"/> superiore a € 5.000			

37	Alla data della compilazione del presente questionario, è a conoscenza di atti, fatti o circostanze che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi? Se sì, fornire una descrizione delle circostanze e allegare eventuale documentazione a supporto: ----- ----- -----	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> NB: Tale dichiarazione non deve essere resa in caso di sostituzione di precedente polizza stipulata con Reale Mutua avente durata non inferiore a 12 mesi, senza variazione del rischio in termini di garanzie, soggetti assicurati e massimali. </div>			

SEZIONE RELATIVA ALLA TUTELA LEGALE

Da compilare solo se il professionista intende acquistare la sezione Tutela Legale

38	Massimale: <input type="checkbox"/> € 10.000 <input type="checkbox"/> € 20.000 <input type="checkbox"/> € 30.000 <input type="checkbox"/> € 40.000 <input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> Altro -----
----	---

CONDIZIONI FACOLTATIVE

39	Il professionista è interessato ad acquistare uno o più delle seguenti condizioni facoltative?		
A	LINEA ESSENZIALE (non acquistabile in abbinamento alle condizioni B e C) Limita la copertura alla difesa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ nei procedimenti penali, anche in materia fiscale e amministrativa ▪ nei procedimenti disciplinari 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
B	LIBERO PROFESSIONISTA (non acquistabile in abbinamento alla condizione A) L'assicurazione copre le spese per le controversie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ per il recupero stragiudiziale dei crediti relativi a prestazioni sanitarie ▪ con i fornitori di beni e servizi ▪ individuali con i prestatori di lavoro e familiari collaboratori 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
C	STUDIO MEDICO (non acquistabile in abbinamento alla condizione A) Estende la copertura ai casi assicurati relativi alla proprietà e conduzione dello studio dove viene svolta l'attività assicurata	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
D	RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA Estende la copertura ai procedimenti instaurati davanti alla Corte dei conti.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

E	RETROATTIVITÀ DELLA GARANZIA Estende la copertura alle spese sostenute per procedimenti penali e in materia di responsabilità amministrativa (solo se acquistata la condizione D) per eventi avvenuti prima della data di decorrenza dell'assicurazione: <ul style="list-style-type: none"> E1 Retroattività di 2 anni E2 Retroattività di 5 anni E3 Retroattività di 10 anni 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
NB: È selezionabile una SOLA delle tre opzioni			
F	PACCHETTO SICUREZZA Estende la copertura alle controversie in materia di: <ul style="list-style-type: none"> tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro tutela della protezione dei dati personali controlli in materia di sicurezza alimentare tutela dell'ambiente 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
G	POSTUMA Permette all'assicurato di denunciare sinistri fino a 10 anni dalla data di cessazione definitiva dell'attività professionale o dalla data di scadenza dell'assicurazione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
H	SERVIZIO QUALITÀ ARAG Prevede, in caso di nomina di un avvocato proposto da ARAG, l'aumento del 50% del massimale per sinistro e, contemporaneamente, di avvalersi di uno sconto del 15% del premio di sezione.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

40	Negli ultimi 5 anni si sono verificati sinistri relativi alla garanzia Tutela Legale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare, per ogni sinistro, tipologia e importo liquidato: ----- ----- ----- -----		
Eventuali ulteriori informazioni: ----- ----- ----- -----		

La sottoscrizione del presente questionario non impegna alla stipula dell'assicurazione. In caso di emissione della polizza, le dichiarazioni rese nel questionario formeranno parte integrante dell'assicurazione.

Il richiedente dichiara:

- di aver fornito informazioni precise e veritiere;
- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o reticenti relative ad elementi che influiscono sulla valutazione del rischio possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile;
- di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione a Reale Mutua di eventuali variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato verificatesi tra la data di compilazione del questionario e la data di emissione del contratto. Reale Mutua avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta;
- di essere dotato del potere di rappresentanza legale del richiedente.

Luogo e Data di compilazione

FIRMA