

## Modulo di Adesione Paracadutismo 2012

### DATI DELL'ASSICURATO

Assicurato: \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome / Rag. Sociale)Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Indirizzo e N° Civico)\_\_\_\_\_  
(CAP) (Città) (Provincia) Professione: \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ C.F./P.iva \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Associazione: \_\_\_\_\_

### DATI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Attività:  Paracadutista  Allievi  Scuola  Manifestazione Attestato/Abilitazione n°: \_\_\_\_\_

Combinazione: \_\_\_\_\_ Decorrenza: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, l'allegato 7A sugli obblighi di comportamento degli intermediari, l'allegato 7B sull'Informativa al contraente, il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, l'offerta assicurativa, le condizioni di polizza integrali.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Il Richiedente)

Autorizzo la Benacquista Assicurazioni S.n.c. all'inserimento dei miei dati nelle proprie liste ed al trattamento degli stessi per l'esercizio dell'attività assicurativa, riassicurativa e di quelle ad esse connesse ai sensi delle disposizioni di legge, nonché per l'invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale inerente alla propria attività assicurativa. In ogni momento, a norma del D.LGS. 196/2003, potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione.

Ai fini della validità della copertura assicurativa, l'interessato dovrà trasmettere la presente richiesta a mezzo fax o lettera raccomandata, alla Benacquista Assicurazioni - Via del Lido, 106 - 04100 Latina (LT). La garanzia decorrerà dalle 24,00 del giorno in cui è stato effettuato il versamento o del giorno di decorrenza riportato nella richiesta se successivo a quello di versamento.

Il versamento di Euro \_\_\_\_\_ è stato effettuato il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Il Richiedente)

### COME ADERIRE

Inviare al fax n° **0773.019870** il Modulo di Adesione, Modello 7A/7B, Questionario, Ricevuta del Pagamento.

Il pagamento potrà essere effettuato nei seguenti modi:

1 - C/C bancario n° **5718** presso Banco di Brescia intestato a: **Benacquista Assicurazioni S.n.c. IBAN: IT64Q035001470000000005718;**2 - C/C postale n° **10701043** intestato a: **Benacquista Assicurazioni S.n.c. - Agente Plurimandatario.**

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI.  
Conforme all'allegato 7A Regolamento ISVAP 5/2006

Gentile Cliente

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 (**Allegato n. 7B del regolamento ISVAP**) 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 elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta (**offerta assicurativa**);
- 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 (**condizioni di polizza**) 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.

L'Intermediario  
Benacquista Assicurazioni S.n.c.

---

La preghiamo di apporre la Sua firma per ricevuta di detta informativa precisandole che la presente non costituisce impegno all'acquisto delle polizze trattate. I dati richiesti hanno l'unico scopo di consentire un corretto adempimento dell'art. 49 del Regolamento Isvap 5/2006.

Data

Nome, cognome del contraente/assicurato

Codice fiscale del contraente/assicurato



Firma del contraente/assicurato

.....

**INFORMATIVA AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO**  
conforme all'allegato 7B Regolamento ISVAP 5/2006

Gentile Cliente,

La ringraziamo di aver scelto la nostra Società e desideriamo fornirle alcune informazioni prima della conclusione del contratto.

Ai sensi della vigente normativa ( D.lgs. n.209/2005 e Regolamento ISVAP 5/2006), 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 – INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE ALL'INTERMEDIARIO CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE**

La Benacquista Assicurazioni S.n.c., con SEDE LEGALE in LATINA, via del Lido 106, e SEDI OPERATIVE in CHIETI SCALO, Viale Abruzzo n. 348 - FROSINONE via Mola Vecchia n. 2, sito internet [www.benacquista.it](http://www.benacquista.it), indirizzo e-mail [assicurazioni@benacquista.it](mailto:assicurazioni@benacquista.it), tel. 0773 62981, è iscritta in qualità di società Agenziale Plurimandataria nella sez. A del Registro Unico degli Intermediari (istituito in base al Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006), con il n. A000163952 in data 22/04/2007, e opera nel settore assicurativo dal 1979.

Gli Agenti Responsabili dell'attività di intermediazione della Benacquista Assicurazioni S.n.c. sono:

1. Benacquista Massimiliano iscritto alla sezione A del RUI al n. A000167256 in data 22/04/2007 (socio procuratore)
2. Benacquista Sabrina iscritta alla sezione A del RUI al n. A000183486 in data 11/05/2007 (socio procuratore)
3. D'Alfonso Maddalena iscritta alla sezione A del RUI al n. A000183496 in data 11/05/2007 (legale rappresentante)

La Benacquista Assicurazioni S.n.c. opera in qualità di Agente Mandatario delle seguenti compagnie:

- |  |   |
|--|---|
| - AGA INTERNATIONAL S.A.   | - HELVETIA COMPAGNIA SVIZZERA D'ASSICURAZIONI S.A.                              |
| - ASSICURATRICE MILANESE SPA - COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI          | - HELVETIA VITA SPA-COMPAGNIA ITALO SVIZZERA DI ASSICURAZIONI SULLA VITA S.P.A. |
| - AVIVA ASSICURAZIONI S.P.A.                                       | - ISI INSURANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.P.A.                               |
| - AVIVA ITALIA S.P.A.  | - LIGURIA SOCIETA' DI ASSICURAZIONI S.P.A.                                      |
| - AVIVA S.P.A.   | - LIGURIA VITA S.P.A.   |
| - CHARTIS EUROPE S.A.  | - SUN INSURANCE OFFICE LTD  |
| - D.A.S. DIFESA AUTOMOBILISTICA SINISTRI - S.P.A. DI ASSICURAZIONE | - THE SEA INSURANCE COMPANY LTD.  |
| - DONAU VERSICHERUNG AG VIENNA INSURANCE GROUP                     | - UCA - ASSICURAZIONE SPESE LEGALI E PERITALI S.P.A.                            |
| - ELBA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.P.A.         | - UNIOA ASSICURAZIONI S.P.A.  |
| - EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.                                   | - UNIOA PREVIDENZA S.P.A.   |
| - GENERTELLIFE S.P.A.  | - UNIOA PROTEZIONE S.P.A.   |

La Benacquista Assicurazioni S.n.c. ha ottenuto la certificazione del Sistema di Gestione per Qualità secondo le norme UN ISO 9001:2008.

L'autorità competente sulla vigilanza dell'attività svolta dagli intermediari assicurativi è l'ISVAP – Servizio tutela degli utenti – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma. Gli estremi identificativi della scrivente società possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'ISVAP ([www.isvap.it](http://www.isvap.it)).

**PARTE II – INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI**

La Benacquista Assicurazioni S.n.c., agenzia plurimandataria:

- Non è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazioni.
- Dichiara che nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della Benacquista Assicurazioni S.n.c.
- Con riguardo al contratto proposto, fornisce consulenze basate su un'analisi imparziale anche rispetto ai prodotti similari offerti sul mercato e fondando le proprie valutazioni su un numero sufficientemente ampio di contratti.
- Il programma assicurativo Sicurezza Scuola è un prodotto rivolto esclusivamente agli Istituti Scolastici e studiato per soddisfare le necessità assicurative degli stessi.
- Propone servizi assicurativi, scegliendo il prodotto assicurativo più adeguato alle esigenze del cliente, in assenza di obblighi contrattuali che gli impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più delle imprese di assicurazioni rappresentate.

**PARTE III – INFORMAZIONI SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DEL CONTRAENTE**

- a) I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso (Art. 117 del D.lgs. n. 209/2005);
- b) L'attività di intermediazione esercitata dalla Benacquista Assicurazioni S.n.c. 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 deve rispondere a norma di legge.
- c) Il Contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ha facoltà:
  - Di inoltrare reclamo per iscritto all'impresa di assicurazione;
  - Qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'ISVAP - Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

**La preghiamo pertanto di apporre la Sua firma per ricevuta di detta informativa precisandole che essa non costituisce impegno all'acquisto delle polizze trattate. I dati richiesti hanno l'unico scopo di consentire un corretto adempimento dell'art. 49 del Regolamento Isvap 5/ 2006**

Nome, cognome del contraente/assicurato


Codice fiscale del contraente/assicurato

Data

Firma del contraente / assicurato

Firma dell'intermediario



	QSA	<b>Edizione: 1</b> <b>Revisione: 1</b> <b>Data 09.01.2009</b> <b>Pag. 1 di 4</b>
	<b>QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA PARACADUTISMO</b>	

**(Art. 52 Regolamento Isvap 5/2006)**

**Informazioni richieste al potenziale Contraente**

**Gentile Contraente,**

- ✓ il seguente questionario, a valere, oltre che per proposte di nuovi contratti, per modifiche sostanziali con o senza rinnovo, mira a raccogliere gli elementi utili a che il contratto perfezionato risulti quanto più possibile adeguato alle esigenze Sue e di eventuali altri assicurati ed ai Suoi obiettivi;
- ✓ l'eventuale rifiuto di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, pregiudica lo scopo illustrato e richiede una Sua specifica dichiarazione;
- ✓ Ove le proposte da Lei formulate risultassero non adeguate, dovranno essere, in quanto tali, rappresentate e motivate dal Suo intermediario e formare oggetto di specifica dichiarazione;
- ✓ qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" riportata alla fine del presente Questionario.

**Prima di rispondere alle domande del presente questionario La invitiamo a leggere con attenzione la seguente informativa, che contiene alcune informazioni utili sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti ai sensi della normativa sulla privacy.**

INFORMATIVA AL CLIENTE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI RACCOLTI NEL  
QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di acquisire ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo che Le offriamo in relazione alle Sue esigenze assicurative nonché alla sua propensione al rischio.
- 2) I dati sono trattati dalla nostra Società, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la predetta valutazione. I dati sono trattati da incaricati e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per la suddetta valutazione.
- 3) I dati personali potranno essere comunicati a Compagnie di Riassicurazione, anche estere, per consentire alla Compagnia Assicuratrice di stipulare coperture riassicurative e ad altre Compagnie Assicuratrici per la cessione di quote di coassicurazione.
- 4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è facoltativo, ma è necessario per una corretta valutazione della rispondenza del contratto alle Sue esigenze. La mancanza di tali informazioni ostacola tale valutazione.
- 5) Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso il Titolare del trattamento e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (artt. 7-10 del Codice). Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso il Titolare del trattamento: alla Compagnia Assicuratrice di riferimento.

**DATI DEL CONTRAENTE**

 Contraente \_\_\_\_\_  
COGNOME / NOME / RAGIONE SOCIALE

Codice Fiscale/ P.IVA \_\_\_\_\_

 Indirizzo \_\_\_\_\_  
VIA E NUMERO CIVICO

CAP \_\_\_\_\_ LOCALITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

 Stato Civile     Nubile/Celibe     Coniugato/a     Libero di stato     Vedovo/a

 Composizione del nucleo familiare convivente:     N° totale componenti \_\_\_\_\_

 Di cui  Figli minorenni N° \_\_\_\_\_  Figli maggiorenni N° \_\_\_\_\_ Altro n° \_\_\_\_\_

<b>Professione</b>	<input type="checkbox"/> Non risponde		
<b>PERSONA FISICA</b>		<b>PERSONA GIURIDICA</b>	
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Attività commerciale	<input type="checkbox"/> Attività di servizi
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Attività industriale	<input type="checkbox"/> Attività agricola
<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Attività settore volo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Disciplina: PARACADUTISMO

**QUALIFICA**

<input type="checkbox"/> Allievo	<input type="checkbox"/> Licenza	<input type="checkbox"/> Paracadutista	<input type="checkbox"/> Licenza
	<input type="checkbox"/> Brevetto		<input type="checkbox"/> Brevetto
<input type="checkbox"/> Scuola di paracadutismo	<input type="checkbox"/> Direttore di Scuola		
<input type="checkbox"/> Capo centro	<input type="checkbox"/> Rappresentante di specialità		
<input type="checkbox"/> Istruttore di paracadutismo/istruttore senior	<input type="checkbox"/> Direttore di Lancio		
<input type="checkbox"/> Responsabile di lancio	<input type="checkbox"/> Istruttore e/o Assistente A.F.F.		
<input type="checkbox"/> Pilota Tandem	<input type="checkbox"/> Istruttore tecnico Centro Operativo di Addestramento		
<input type="checkbox"/> Responsabile Centro Operativo di Addestramento	<input type="checkbox"/> Responsabile e ripiegature dei C.V.R.P.		
<input type="checkbox"/> Ripiegatore qualificato	<input type="checkbox"/> C.V.R.P.		
<input type="checkbox"/> Organizzatori di lanci, manifestazioni di paracadutismo	<input type="checkbox"/> Altro		

 A parte le polizze RCA ha in corso altre coperture assicurative?     SI     NO     Non risponde

**Tipologia delle eventuali coperture esistenti**

<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Furto
<input type="checkbox"/> Infortuni	<input type="checkbox"/> Malattie
<input type="checkbox"/> Multirischi in genere	<input type="checkbox"/> Responsabilità Civile Generale
<input type="checkbox"/> Altri danni ai beni	<input type="checkbox"/> Tutela legale
<input type="checkbox"/> Assistenza	<input type="checkbox"/> Altre (specificare)

**INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE AL CONTRATTO**

1. Quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire con la stipula del contratto?
- sola ottemperanza ad obblighi di legge  SI  NO  Non risponde
- assicurazione garanzie aggiuntive gratuite  SI  NO  Non risponde
- assicurazione garanzie facoltative  SI  NO  Non risponde
2. È interessato ad una copertura assicurativa per richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi?  SI  NO  Non risponde
3. È interessato ad una copertura assicurativa per la protezione della propria persona in caso di infortuni? (se rispondono "sì" alla domanda 3 si passa alla 4 altrimenti)  SI  NO  Non risponde
4. In caso di infortuni quali sono le coperture assicurative a cui è interessato?
- a) un capitale a seguito di morte e invalidità permanente  SI  NO
- b) un rimborso spese mediche a seguito di infortunio  SI  NO
- c) una diaria giornaliera per ricovero e/o gesso  SI  NO
5. È interessato ad una copertura assicurativa per altre garanzie, se si quali delle seguenti?  SI  NO  Non risponde
- Tutela legale  SI  NO  Non risponde
- Kasko  SI  NO  Non risponde
- Furto  SI  NO  Non risponde
- Incendio/eventi atmosferici e atti vandalici  SI  NO  Non risponde

**Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite**

Dichiaro di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono, richiestemi dall'intermediario e valutate ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatami.

Data

Firma del Contraente

Firma dell'Intermediario

**Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**

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

Data

Firma del Contraente

Firma dell'Intermediario

**Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

Dichiaro di essere stato ragguagliato dall'intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da me richiesta.

Inadeguatezza per .....

Confermo di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Data

Firma del Contraente

Firma dell'Intermediario

**Consenso Trattamento Dati Sensibili**

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite attraverso l'informativa allegata dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

 Dà il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio alla clientela di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta riguardante prodotti o servizi dell'intermediario o di compagnie assicurative come indicato al punto c.1) del par. III dell'informativa.

 Dà il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta relativi a prodotti o servizi di terzi, con i quali l'intermediario abbia stipulato accordi commerciali da proporre alla propria clientela come indicato al punto c.2) del par. III dell'informativa.

 Dà il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali per le finalità connesse a verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi dell'intermediario anche attraverso società di ricerche di mercato come indicato al punto c.3) del par. III dell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_