



**AZETA srl**

Sede di **Porto Viro** (RO) - Via C. Battisti n.107 - Tel.0426/632759 – Fax 0426/634102– Tel.0426/632014

Sede di **Rovigo** (RO) - Viale R. Margherita n.35/A -Tel.0425/411100 Tel.0425/35720 - Fax 0425/35385

Sede di **Cavarzere** (VE) - Via Leonardo da Vinci 11 -Tel. 0426/51777 - Fax 0426/310918

P.I.0060019029200 – Iscritta Registro imprese di Rovigo n.86793 – Capitale Sociale E.31.000,00 – web:

www.assicuriamo.com – e-mail: [azeta@assicuriamo.com](mailto:azeta@assicuriamo.com); pec: azetalegalmail@pec.it

**MODULO RICHIESTA FATTIBILITA' ASSICURAZIONE RITIRO PATENTE CON  
VIOLAZIONI (il presente modulo non è impegnativo per le parti e non costituisce  
proposta precontrattuale)**

**RISERVATO AD AZIENDE**

**Ragione sociale**

**solo per società: Referente**

**indirizzo**

**Telefono fisso**

**e-mail**

**cellulare**

**PEC e-mail Certificata**

**mezzo di comunicazione preferito**

**e-mail**

**cellulare**

**Cartaceo**

**ASSICURATI**

	<b>Cognome e nome</b>	<b>Codice fiscale</b>	<b>Numero patente</b>	<b>Ha già avuto ritiri? SI / NO</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

allegare copie patenti

DIARIA GIORNALIERA RICHIESTA (VALORE DA E.25 A E.75).....

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO  
RITIRO E SOSPENSIONE PATENTE A SEGUITO DI VIOLAZIONI CODICE della STRADA**

*Da restituire compilata e sottoscritta al Referente Ufficio Emissioni DIREZIONE UCA per la richiesta di benessere al cui rilascio è subordinata l'emissione della proposta precontrattuale*

La presente Autocertificazione e la documentazione allegata non costituiscono Proposta Precontrattuale e vengono trasmesse dall'Intermediario alla Direzione della Compagnia ai fini della valutazione ed opportunità di rilascio di una successiva proposta precontrattuale di assunzione del rischio indicato e formano parte integrante della polizza assicurativa, nel caso in cui venga perfezionata. Vale quanto disposto dagli Artt. 1892-3-8 C.C. -Dichiarazioni inesatte e reticenti che se rilasciate dal Dichiarante, così come la mancata sottoscrizione del presente modulo sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbiano agito con dolo o colpa grave e comportano la decadenza dai benefici di contratto. I soggetti che sottoscrivono le dichiarazioni che ne formano oggetto sono veritieri e che le copie della documentazione allegata sono conformi agli originali e contestualmente ne attestano la veridicità in ogni loro parte.

DICHIARANTE in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA

Società di Capitali –  Società di Persone –  Ditta Individuale – P. IVA

con sede legale in

**DICHIARA CHE:**

1) Gli Assicurandi, la cui fotocopia della patente è allegata alla presente, sono:

Dipendenti del Dichiarante - *Allegare copia Libro Unico (Libro Presenze)*

Amministratori – Soci di Società di Capitali e di Persone - *Allegare Visura Camerale*

Soggetti variamente assunti (Collaboratori con contratto in esclusiva - Collaboratori di Ditta Individuale - Prestatore d'opera, Agente/Rappresentante in esclusiva, ecc.) - *Allegare contratto o documentazione equivalente comprovante il rapporto di lavoro*

2) Gli Assicurandi hanno subito precedenti ritiri della patente negli ultimi 3 anni

SI  NO

Se Sì, indicare Nominativo e Violazione

3) Il Dichiarante/Assicurandi hanno in corso polizze, per lo stesso rischio, con altre Compagnie SI  NO

Se Sì, indicare Nominativo, Compagnia e Diaria

4) La guida di veicoli a motore da parte degli Assicurandi variamente assunti e operanti presso il Datore di lavoro o Azienda è strettamente funzionale all'esercizio dell'attività cui sono adibiti dal Dichiarante che, in caso di ritiro della patente, subisce un effettivo pregiudizio economico a seguito dell'adozione delle misure di sospensione o di ritiro della patente di guida adottate nei confronti degli stessi. - Art. 16 Reg. ISVAP 29/2009

Timbro e Firma – IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

L'INTERMEDIARIO **AZETA SRL AGENZIA DI ROVIGO**

Codice **641**

**ATTESTA CHE IL DICHIARANTE COME SOPRA IDENTIFICATO:**

E' già Cliente della propria struttura dal \_\_\_\_\_ con le polizze: \_\_\_\_\_

Non è Cliente della propria struttura. Il nominativo è stato acquisito tramite \_\_\_\_\_

Timbro e Firma – L'INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI**

*In ottemperanza all'Art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e succ. modifiche, ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, al fine di fornire i servizi richiesti alla ns. Società, Vi comunichiamo che il trattamento cui saranno sottoposti i dati personali è diretto all'espletamento da parte della Società dell'attività assicurativa, riassicurativa e di quelle ad essa connesse, cui la Società è autorizzata. Il titolare del trattamento è UCA ASSICURAZIONE SPA. Responsabile l'Amministratore della Società. I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro Pubblico tenuto dal Garante presso la sede legale, le sedi periferiche e le agenzie della Società*

**CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI**

*Ai sensi dell'art. 23 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03 e succ. modifiche), dichiaro di conoscere l'informativa il cui testo integrale è pubblicato sul sito [www.uca-assicurazione.com/UCA@online](http://www.uca-assicurazione.com/UCA@online) ed esprimo il libero ed informato consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso al trattamento assicurativo viene sottoscritto in calce al presente. Luogo, data e generalità leggibili del Dichiarante sono sul presente documento.*

Luogo e Data

DICHIARANTE \_\_\_\_\_