

**ASSISANITÀ®**

## Polizza di Assicurazione RC Professionale per **MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA SPECIALISTA** **SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA** Convenzione Med Mal Risk

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
Attività esercitata		
<input type="checkbox"/> Medico Specialista esclusi accertamenti diagnostici invasivi esclusi interventi chirurgici		
<input type="checkbox"/> Medico Specialista compresi accertamenti diagnostici invasivi esclusi interventi chirurgici		
Effetto		Scadenza
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM nell'anno 2019 – sanita.academy		
La quota associativa <b>Med Mal Risk</b> è compresa nell'importo indicato nella scheda costi		
<b>MASSIMALE</b> Per anno e per sinistro		
<input type="checkbox"/> € 500.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00		
<b>IMPORTO TOTALE</b>		€

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.**  
 **Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato  
**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 68 K 03111 01618 0000 0000 4990** - Causale: nome e cognome  
 **Carta di Credito:**       VISA       MASTERCARD

NR. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Scad. |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| CVV\*|\_\_|\_\_|\_\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

dal 1928... una storia che continua...

Ad integrazione del Modulo proposta sottoscritto in data \_\_\_\_\_,  
il/la Sottoscritto/a Proponente Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

dichiara di voler accedere alle agevolazioni tariffarie di Assicuratrice Milanese SpA con riferimento all'attività di seguito selezionata per la quale indica il massimale e la retroattività richiesti.

Indicare il Massimale richiesto tra:

**Medico Specialista**

(esclusi accertamenti diagnostici invasivi esclusi interventi chirurgici)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Medico Specialista**

(compresi accertamenti diagnostici invasivi esclusi interventi chirurgici)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Radiologia**

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Tutte le attività chirurgiche senza anestesia e senza degenza**

(escluse Ortopedia e Traumatologia, Neurochirurgia, Chirurgia Estetica, Ostetricia e Ginecologia)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Tutte le attività chirurgiche**

(escluse Ortopedia e Traumatologia, Neurochirurgia, Chirurgia Estetica, Ostetricia e Ginecologia)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Neurochirurgia**

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Ortopedia e Traumatologia**

(comprese infiltrazioni esclusi interventi chirurgici)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Ortopedia e Traumatologia**

(compresi interventi chirurgici esclusi interventi spinali)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

**Ortopedia e Traumatologia**

(compresi interventi chirurgici compresi interventi spinali)

Massimale:  € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

Indicare la retroattività richiesta tra:

Retro 0 No retroattività     1 anno     2 anni     5 anni     10 anni     Illimitata

**Attivazione garanzia Postuma Illimitata (+25%)**

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività.

La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di Assicurato al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

Luogo e data di sottoscrizione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_




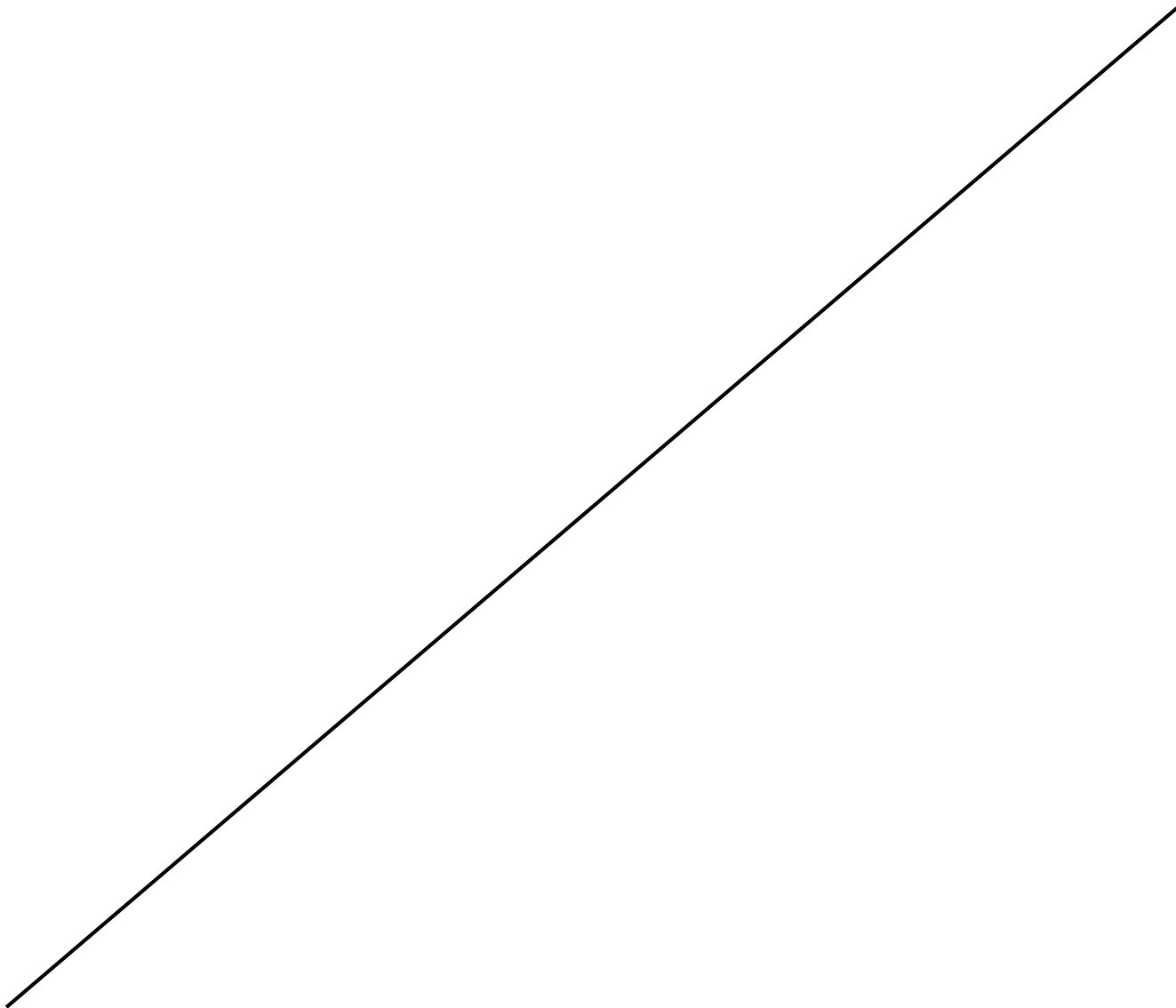
Il Proponente \_\_\_\_\_

**Ad integrazione del Modulo proposta sottoscritto in data \_\_\_\_\_,  
il/la Sottoscritto/a Proponente Dr./Dott.ssa**

---

**dichiara di essere consapevole nel momento in cui richiede la retroattività di non aver ricevuto richieste di risarcimento danni per fatti precedenti alla stipula di questa polizza ed altresì di non essere a conoscenza di circostanze tali che se fossero state comunicate alla Compagnia avrebbero escluso la concessione della retroattività. Dichiaro di comprendere che per circostanze rilevanti si intendono, tra gli altri, eventi mortali per cause non accertate, interventi malriusciti rispetto ai quali sono stati posti in essere successivi interventi correttivi, interventi rispetto ai quali il paziente ha manifestato insoddisfazione e richiesto la consegna della cartella clinica, et similia.**

**Luogo e data di sottoscrizione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_ **Il Proponente**



# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €60.000.000,00 i.v.

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAOMOENIA E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA

### INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome	
Indirizzo di Residenza	Luogo e data di nascita

### INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

<b>Che tipo di attività svolge</b> (Crocettare)	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, <b>esclusi</b> accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
Specializzando (formula Young)		

<b>L'attività descritta come:</b> (Crocettare)	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extraomoenia	
	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extraomoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
	Medico Dipendente di struttura privata	
	Medico Convenzionato con il S.S.N.	
	Medico Dipendente di struttura pubblica	

<b>L'attività descritta viene svolta presso:</b>	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

<b>detiene polizze in corso per il medesimo rischio?</b>	<b>Si'</b>	<b>No</b>
--	------------	-----------

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €60.000.000,00 i.v.

<b>è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?</b>	<b>Si'</b>	<b>No</b>
	<b>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</b>	

<b>L'esigenza di copertura è determinata da:</b>  (Crocettare)	Obblighi di Legge	
	Impegni Contrattuali	
	Personali esigenze di prevenzione del rischio	
	Altro (descrivere)	

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto.

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €60.000.000,00 i.v.

## Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia

### Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale

Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

#### DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attesa ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciuto informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

#### ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di
	Dal

#### ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

<u>L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di</u>	Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
---	--

Con la seguente specializzazione	Con la richiesta dei seguenti Massimali in €(Crocettare)						
	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
Medico Generico – di Base		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA – DURATA CONTRATTUALE	VARIAZIONI DI PREMIO	Crocettare				
Limitazione <b>FORMULA YOUNG</b> – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	Premio annuo lordo di polizza Euro 265 Massimale prestato di Euro 2.000.000					
Estensione <b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato	del 25% del premio di tariffa					
In alternativa a quanto sopra Estensione <b>P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al  <b>N.B.</b> La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete</li> <li>250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete</li> <li>300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete</li> <li>400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa</li> </ul> <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualità</b>					
Estensione <b>GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b>	Aumento del 25% del premio di tariffa					
Estensione <b>Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento</b> (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	Aumento del 100% del premio di tariffa					
Clausola di <b>INDICIZZAZIONE</b>						
Scelta della <b>DURATA CONTRATTUALE</b>	<table border="1"> <tr> <td>Annuale</td> <td></td> <td></td> <td>Quinquennale</td> </tr> </table>	Annuale			Quinquennale	
Annuale			Quinquennale			

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €60.000.000,00 i.v.

## SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Ovvero l'assicurando è a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?

SI NO

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?  
Se SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?

Se SI, indichi il massimale

Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

Data

firma dell'Assicurando

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validità 30 giorni dalla data sopra indicata.

## AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEgni BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500 E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

## INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL:

- 10% PER TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI INDICATE NEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, SALVO:
- 15% PER IL MEDICO SPECIALISTA CON O SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

## SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE – ADEGUATEZZA
- INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilanese@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale €60.000.000,00 i.v.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO

EVIDENZIARE SE:

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

O

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE



**PRESTAZIONE DEL CONSENSO**

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 9 DEL REGOLAMENTO UE N.° 2016/679

<b>ANAGRAFICA</b>	Il/La sottoscritto/a	
	Nato/a a	II
	Residente a	

Preso visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del GDPR, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

- Al trattamento delle categorie particolari di dati<sup>1</sup> (ex art. 9 del GDPR) per le finalità di cui al paragrafo 2.A dell'informativa (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge)

**ACCONSENTO**     **NON ACCONSENTO**

**Il mancato conferimento o la revoca del consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità contrattuali e di legge comportano l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.**

- 
- Al trattamento dei dati personali (ivi comprese le categorie particolari di dati) per le finalità di cui al paragrafo 2.B dell'informativa)
    - **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare**  
 **ACCONSENTO**     **NON ACCONSENTO**

- 
- **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze**  
 **ACCONSENTO**     **NON ACCONSENTO**
- 

San Cesario sul Panaro, il

Firma

<sup>1</sup> Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....  
Data e Luogo

**Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i**

**Cognome e Nome**  
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale  
o Partita IVA:

Indirizzo residenza  
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....  
**Il contraente**

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
**Il contraente**

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....  
Data e Luogo

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO**

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

**Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale/Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Indirizzo/Sede Legale** \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>RC Professionale;</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Infortunij;</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **NO**

**DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA**

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....  
**L'intermediario**
**Il contraente**

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE 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.

.....  
**L'intermediario**
**Il contraente**

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza \_\_\_\_\_

.....  
**L'intermediario**
**Il contraente**

MOD. ST001