ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

assISANITÀ®

Polizza di Assicurazione RC Professionale per
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA SPECIALISTA IN

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
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

☐ Ortopedia e Traumatologia comprese infiltrazioni esclusi interventi chirurgici

☐ Ortopedia e Traumatologia compresi interventi chirurgici esclusi interventi spinali

☐ Ortopedia e Traumatologia compresi interventi chirurgici compresi interventi spinali

Effetto | | | | Scadenza | | | |

☐ Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy

La quota associativa **Med Mal Risk** è compresa nell'importo indicato nella scheda costi

MASSIMALE Per anno e per sinistro

☐ **€ 500.000,00** ☐ **€ 1.000.000,00** ☐ **€ 1.500.000,00** ☐ **€ 2.000.000,00**

IMPORTO TOTALE **€**

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.

☐ **Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 6311 MILANO C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 71 W 03111 01673 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...

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

STEFFANO GROUP®

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

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. Dichiara 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: 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.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE E/O DEL MEDICO CONVENZIONATO E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA
Cognome Nome

Indirizzo di Residenza	Luogo e data di nascita

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

l'attività descritta come: (Crocettare)	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia	
	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia 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	

	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)
l'attività descritta viene svolta presso:	1.	
	2.	
	3.	

detiene polizze in corso per il medesimo rischio?	**Si'**		**No**	

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?	**Si'**		**No**	
	In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza			

L'esigenza di copertura è determinata da: (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: 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.

RCP Medico libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e attività svolta in regime libero professionale all'interno di strutture pubbliche, accreditate o private e/o del medico convenzionato S.S.N.

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 attinenza 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

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocettare)	**Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia**						
	Medico convenzionato S.S.N.						
	Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso crocettare sotto)						
	Pubbliche		**Accreditate**		**Private**		

Con la seguente specializzazione	**Con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettate)**						
	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, **compres**i accertamenti diagnostici invasivi, **esclusi** interventi chirurgici, **Radiologi**		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico che pratica la chirurgia		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE
Ortopedico che pratica la chirurgia		NON PRESTABILE			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**
Estensione **P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA** attraverso il pagamento di un premio maggiorato	**del 25% del premio di tariffa** con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio	
In alterantiva a quanto sopra Estensione **P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA** attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al **N.B.** La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto.	• 200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete • 250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete • 300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete • 400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa **Del premio corrisposto per l'ultima annualità** con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio	
Limitazione **FORMULA YOUNG** – 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 **Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento** (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	**Aumento** del 100% del premio di tariffa	
Clausola di **INDICIZZAZIONE**		
Scelta della **DURATA CONTRATTUALE**	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: 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.

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?		
E' titolare di una polizza di TUTELA LEGALE?	SI	NO
Se SI con quale Compagnia?		

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**
- **5% PER IL MEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA**
- **5% PER L'ORTOPEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA**

A FRONTE DELLA SUDDETTA 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.

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.

L'ASSICURANDO _____

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**

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

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

ANAGRAFICA	Il/La sottoscritto/a	
	Nato/a a	Il
	Residente a	

Presa 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[1] (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

[1] 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.

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- **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

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- **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?

☐ **RC Professionale;** ☐ **Infortuni;**
☐ **Tutela Giudiziaria;** ☐ **Altro** _____

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

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
STEFFANO GROUP®