

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**  
**MODULO PROPOSTA RESPONSABILITÀ CIVILE ED AMMINISTRATIVA**  
**PROFESSIONALE COLPA GRAVE DEI MEDICI DIPENDENTI E/O CONVENZIONATI**  
**STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE**

Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017 con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti  
**Convenzione CSMM**

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.
Specializzazione:		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax
<input type="checkbox"/> Medico senza attività chirurgica		
<input type="checkbox"/> Medico con attività chirurgica		
<input type="checkbox"/> Medico con attività di Ginecologia e Ostetricia		
<input type="checkbox"/> Medico Specializzando		
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>Tutela Legale</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>3Virus</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus
Effetto		
Scadenza		
L'importo della quota associativa <b>CSMM</b> per l'anno in corso è di <b>€ 60,00</b>		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – <a href="http://sanita.academy">sanita.academy</a>		

**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 \_\_\_\_\_

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](http://www.assimedici.it) E-mail [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it) PEC [info@assimedici.eu](mailto:info@assimedici.eu)

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

## APPENDICE LIBERA PROFESSIONE DELLO SPECIALIZZANDO ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL MEDICO

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.

Con la presente appendice si prende e si dà atto tra le parti che relativamente all'Assicurato con qualifica di Medico Specializzando, l'Assicurazione è prestata esclusivamente per le seguenti Attività, purché non contestuali all'Attività di tirocinio:

- Sostituzione medico di Medicina generale;
- Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica);
- Guardia turistica;
- Guardia interdivisionale.

La presente Garanzia aggiuntiva opzionale è rivolta a tutelare il Medico Specializzando tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e Danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività professionale, unicamente nel caso di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle Attività sopra citate;
- Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

### L'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria civile comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione da parte dell'Assicurato di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o l'impresa di assicurazioni della stessa, si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato.

La Società presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Sottolimito di Euro 1.000.000,00 (un milione) per Periodo di Assicurazione entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non in aggiunta ad esso.

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

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

### Dati del Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA/SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

### Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

### 1) Qualifiche e Garanzie

È possibile selezionare una o più opzioni sotto riportate, nel limite delle seguenti combinazioni: **A / B / C / A+B**

- A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA  
**Garanzia I - Responsabilità del dipendente pubblico o convenzionato compresa l'attività di intramoenia anche allargata**  
✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO  
**Garanzia II - Responsabilità del dipendente privato o convenzionato**  
✓ Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- C) MEDICO SPECIALIZZANDO  
**Garanzia I e II – Responsabilità del Medico Specializzando (Pubblico e/o Privato)**  
✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- Estensione della copertura alla libera professione:**  
✓ Sostituzione Medico di Medicina Generale  
✓ Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)  
✓ Guardia turistica  
✓ Guardia interdivisionale

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

### Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

#### 1.1) Indicare la Categoria di rischio che l'Assicurato svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni

##### Avvertenza:

È prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni

##### Se selezionato "A" al precedente punto 1) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

##### Avvertenza:

La Categoria di Rischio con cod. 01 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 02 e 03

La Categoria di Rischio con cod. 02 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 03

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
01	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
02	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
03	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

##### Se selezionato "B" al precedente punto 1) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

##### Avvertenza:

La Categoria di Rischio con cod. 04 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 05 e 06

La Categoria di Rischio con cod. 05 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 06

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
04	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
05	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
06	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

##### Se selezionato "C" al precedente punto 1) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo la Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

SPECIALIZZANDO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
07	Medico in formazione specialistica/specializzando				

#### 2) Condanne per "Colpa Grave"

Indicare se l'Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, al pagamento di un importo complessivo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

NO  SI

Avvertenza: se la risposta è positiva, il prodotto non è assumibile

#### 3) Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

NO  SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

### 4) **Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust**

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma – Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO  SI

### 5) **Licenziamento per giusta causa**

Se selezionata una tra le opzioni **A)** e/o **B)** del precedente punto 1) *Qualifiche e Garanzie*

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, limitatamente all'Attività svolta in qualità di Dipendente pubblico o Dipendente privato, ha subito il licenziamento per giusta causa da parte del datore di lavoro?

NO  SI

**Avvertenza: se la risposta è positiva, il prodotto non è assumibile**

### 6) **Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa**

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

### Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

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

Il Contraente \_\_\_\_\_

### Treatmento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

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

Il Contraente \_\_\_\_\_

- 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 informative

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

<p><b>Cognome e Nome</b>                  o <b>Ragione sociale:</b>                  Codice fiscale o                  Partita IVA:                  Indirizzo residenza o                  Sede legale:                  Cap / Città / Provincia:</p>	
<p>In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3</b></li> </ul>	<p>.....  <b>Il contraente</b></p>
<p>In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>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</b></li> <li>• <b>la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.</b></li> </ul>	<p>.....  <b>Il contraente</b></p>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.</b></li> </ul>	<p>.....  <b>Il contraente</b></p>
<p>In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>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 progressive e la clausola CLAIMS MADE.</b></li> </ul>	<p>.....  <b>Il contraente</b></p>
<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>acconsento</b> 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;</li> <li>• <b>_____ acconsento*</b> (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;</li> </ul> <p><small>* (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 indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").</small></p> <p>Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.</p>	<p>.....  <b>Il contraente</b></p>

- **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>Infortuni;</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