

Polizza di Assicurazione RC Professionale per

PERSONALE OSPEDALIERO

LAVORATORI SUBORDINATI DIPENDENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Convenzione A.R.I.T.M.I.A.

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		
<input type="checkbox"/> Direttori Sanitario e sociale	<input type="checkbox"/> Dirigente Medico e Veterinario	
<input type="checkbox"/> Dirigente sanitario non Medico	<input type="checkbox"/> Componenti Comitato Etico	
<input type="checkbox"/> Medici convenzionati e/o contrattisti	<input type="checkbox"/> Ostetriche	
<input type="checkbox"/> Personale Sanitario del comparto	<input type="checkbox"/> OTA-OSS	
<input type="checkbox"/> Personale in quiescenza		
Effetto	Scadenza	Prima Rata
L'importo della quota associativa A.R.I.T.M.I.A. per l'anno in corso è di € 40,00		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM nell'anno in corso – sanita.academy		
MASSIMALE € 2.500.000,00 PER SINISTRO, MASSIMALE € 5.000.000,00 PER ANNO		
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

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 € 35.000.000,66 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N.° 360195001

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 360195001 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
- 2) consegnarlo o inviarlo a mezzo fax a ARITMIA al numero **02 87152164**
- 3) corrispondere il relativo premio

L'attivazione della copertura assicurativa riferita al singolo aderente assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza Convenzione 31/10/2019.
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione e avrà durata di un anno a partire da tale data.

L'Associazione provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire ad ASSIMEDICI intermediario dell'Impresa assicuratrice, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute, la quale provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio.

ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale	
Indirizzo	Città	Provincia
N.° telefono / fax	E-mail	
Specializzazione		
Ente di appartenenza	Provincia dell'Ente	

DICHIARAZIONI

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE PRIMA DELL'ADESIONE CONCLUSIONE DEL PRESENTE CONTRATTO, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP) - DIRETTIVA 2016/97/EU IDD – REGOLAMENTO IVASS N.° 41/2018
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO) – DIRETTIVA 2016/97/EU IDD – REGOLAMENTO IVASS N.° 41/2018
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI ADESIONE/PROPOSTA – FAC SIMILE

CONTENUTI NEL "SET INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO IVASS N.° 41 DEL 2 AGOSTO 2018

- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESI':

- Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 C.C., di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.
- Che in caso di richieste di risarcimento pervenute, l'Assicurando dichiara i nominativi dei danneggiati e la data dell'eventi. Le richieste relative ai nominativi sotto indicati saranno comunque escluse dalla garanzia

Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo

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 € 35.000.000,66 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

PROFESSIONE / SPECIALIZZAZIONE ESERCITATA MASSIMALE / PREMI ANNUI LORDI

Professione/Specializzazione esercitata	€ 2.500.000,00 per sinistro € 5.000.000,00 per annualità assicurativa	
Direttori Sanitario e Sociale	344	
Dirigente Medico e Veterinario	344	
Dirigente Sanitario non medico	238	
Componenti del Comitato Etico	344	
Medici Specialisti in Formazione	344	
Medici Convenzionati	344	
Medici Contrattisti	344	
Ostetriche	215	
Quadri Sanitari	60	
Personale Sanitario del Comparto	60	
OTA-OSS	60	
Direttore Generale	238	
Direttore Amministrativo	238	
Dirigenti non Sanitari	300	
Restante personale non sanitario	30	
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite	

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte dell'aderente potrà avvenire, per i casi A. e B. di cui alla sezione "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" del presente modello:

- esclusivamente in un'unica soluzione.

Il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore di ASSIMEDICI – Tel. 02 91983311 – Fax 02 87181905 – Mail info@assimedicini.it – in qualità di intermediario dell'Impresa assicuratrice, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

- UBI BANCA SPA
- Codice IBAN IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990
- Causale pagamento : CONVENZIONE N.° 360195001

SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'Assicurando
------	---------------

I presente Modulo contiene solamente alcuni dettagli della "polizza convenzione" che rimane l'unico documento rilevante ai fini della esatta determinazione del contenuto delle garanzie.

Questo Modulo NON è valido se non compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto.

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 OSPEDALIERO DIPENDENTE. ESCLUSIVA GARANZIA PER RIVALSA SU COLPA GRAVE DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE 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	
(Crocezzare)	Medico Generico – di Base
	Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici
	Medico Specialista, compresi 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)
	Personale Sanitario non medico

l'attività descritta come:	
(Crocezzare)	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
	Personale Sanitario dipendente di struttura pubblica

l'attività descritta viene svolta presso:	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.	

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.

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

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

<u>L'esigenza di copertura è determinata da:</u> (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 € 35.000.000,36 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N.° 360195001TL

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 360195001TL inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
- 2) consegnarlo o inviarlo a mezzo fax a ARITMIA al numero **02 87152164**
- 3) corrispondere il relativo premio

L'attivazione della copertura assicurativa riferita al singolo aderente assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza Convenzione 31/10/2019.
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione e avrà durata di un anno a partire da tale data.

L'Associazione provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire ad ASSIMEDICI intermediario dell'Impresa assicuratrice, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute, la quale provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio.

ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale	
Indirizzo	Città	Provincia
N.° telefono / fax	E-mail	
Specializzazione		
Ente di appartenenza	Provincia dell'Ente	

DICHIARAZIONI

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE PRIMA DELL'ADESIONE CONCLUSIONE DEL PRESENTE CONTRATTO, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP) - DIRETTIVA 2016/97/EU IDD – REGOLAMENTO IVASS N.° 41/2018
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO) – DIRETTIVA 2016/97/EU IDD – REGOLAMENTO IVASS N.° 41/2018
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI ADESIONE/PROPOSTA – FAC SIMILE

CONTENUTI NEL "SET INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO IVASS N.° 41 DEL 2 AGOSTO 2018

- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESI':

- Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 C.C., di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.
- Che in caso di richieste di risarcimento pervenute, l'Assicurando dichiara i nominativi dei danneggiati e la data dell'eventi. Le richieste relative ai nominativi sotto indicati saranno comunque escluse dalla garanzia

Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo

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 € 35.000.000,36 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

PROFESSIONE / SPECIALIZZAZIONE ESERCITATA MASSIMALE / PREMI ANNUI LORDI

Professione/Specializzazione esercitata	PER SINISTRO € 31.000 ILLIMITATO PER ANNO	
Direttori Sanitario e Sociale	232	
Dirigente Medico e Veterinario	232	
Dirigente Sanitario non medico	170	
Componenti del Comitato Etico	232	
Medici Specialisti in Formazione	232	
Medici Convenzionati	232	
Medici Contrattisti	232	
Ostetriche	160	
Direttore Generale	170	
Direttore Amministrativo	170	
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite	

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte dell'aderente potrà avvenire, per i casi A. e B. di cui alla sezione "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" del presente modello:

- esclusivamente in un'unica soluzione.

Il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore di ASSIMEDICI – Tel. 02 91983311 – Fax 02 87181905 – Mail info@assimedici.it – in qualità di intermediario dell'Impresa assicuratrice, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

- UBI BANCA SPA
- Codice IBAN IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990
- Causale pagamento : CONVENZIONE N.° 360195001TL

SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'Assicurando
------	---------------

I presente Modulo contiene solamente alcuni dettagli della "polizza convenzione" che rimane l'unico documento rilevante ai fini della esatta determinazione del contenuto delle garanzie.

Questo Modulo NON è valido se non compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto.

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	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 dati¹ (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.

- 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"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunì; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> 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.

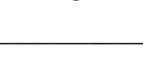
.....
L'intermediario  Il contraente

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