

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE  
MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI SENZA ATTIVITA' INVASIVA  
Legge Nr. 24 dell' 8 marzo 2017**

**da inviare a mezzo fax allo 02.87.18.10.98 Per informazioni tel. 02.87.19.80.99.**

**Dati del Proponente:**

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Ordine		Iscrizione Nr.

**POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

<input type="checkbox"/> Massimale 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> Massimale 2.000.000,00
<input type="checkbox"/> Massimale 3.000.000,00	<input type="checkbox"/> Massimale 5.000.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONDIZIONE AGGIUNTIVA Estensione Postuma Decennale Legge Nr. 124 del 4 Agosto 2017</b>	

**POLIZZA RC DELLA VITA PRIVATA**

<input type="checkbox"/> Massimale 500.000,00 Premio € 60,00	<input type="checkbox"/> Massimale 1.000.000,00 Premio € 100,00
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla garanzia RC della Vita Privata	

<b>Effetto</b>	<b>Scadenza</b>
----------------	-----------------

<input checked="" type="checkbox"/> Quota Associativa <b>Med Mal Risk</b> per l'anno in corso è € 90,00	<b>Importo totale</b>
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere la Fad "Nuovi scenari della responsabilità sanitaria" – 21 crediti ECM – sanita.academy	

**Pagamento: a norma dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite Bonifico Bancario o Carta di Credito**


<input type="checkbox"/> <b>Bonifico bancario:</b> UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato
<b>ASSIMEDICI srl IBAN: IT 68 K 03111 01618 0000 0000 4990</b> - Causale: nome e cognome
<input type="checkbox"/> <b>Carta di Credito:</b> <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Intermediario \_\_\_\_\_

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

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE  
MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ATTIVITA' INVASIVA  
Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017**

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale e Colpa Grave Legge Nr 24 dell'8 Marzo 2017 deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

**Dati del Proponente:**

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale        | <input type="checkbox"/> Pediatra di Libera Scelta                  |
| <input type="checkbox"/> Medico di Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Medico Legale e delle Assicurazioni/Lavoro |
| <input type="checkbox"/> Medico non Specialista             | <input type="checkbox"/> Medico Specialista                         |

Senza Interventi chirurgici e senza attività invasive nonché con l'esclusione dei danni che riguardino la attività svolte in ambito ginecologico, ortopedico, neurologico, odontoiatrico, di neonatologia e di medicina estetica.

**Attività:**

**Massimale richiesto:**

- |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.000.000,00 | <input type="checkbox"/> 2.000.000,00 | <input type="checkbox"/> 3.000.000,00 | <input type="checkbox"/> 5.000.000,00 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

**CONDIZIONE AGGIUNTIVA Estensione Postuma Decennale Legge Nr. 124 del 4 Agosto 2017**

**POLIZZA RC VITA PRIVATA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Massimale 500.000,00 Premio € 60,00</i>          | <input type="checkbox"/> <i>Massimale 1.000.000,00 Premio € 100,00</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Rinuncio alla garanzia RC della Vita Privata</b> |  |

**Decorrenza/Effetto della Polizza richiesta:** | | | |

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno.  
La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento  
Il pagamento del premio, a norma dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, può essere effettuato unicamente tramite Bonifico Bancario o Carta di Credito



Il Proponente

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE  
MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ATTIVITA' INVASIVA  
Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017**

**Dichiarazioni del Proponente:**

**Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato**

**1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

**2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio**

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

**Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.**

**Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, (salvo quanto previsto per il periodo di ultrattività) purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.**



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

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.



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

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



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

## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- 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 all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, 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; ALL. 7B**
- **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 CLAIMSMADE.**

.....  
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, 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 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".

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

.....  
Il contraente

**SICURAMED divisione di ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.87.19.80.99 - Fax 02.87.18.10.98

Recapiti Roma: Tel. 06.92.91.79.52 - Fax 06.92.91.21.31

Recapiti Torino: Tel. 011.04.37.446 - Fax 11.04.32.358

www.sicuramed.it E-mail info@sicuramed.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.



## 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 PIU' 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 VOLONTA' 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

**SICURAMED divisione di ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.87.19.80.99** - Fax 02.87.18.10.98

Recapiti Roma: Tel. 06.92.91.79.52 - Fax 06.92.91.21.31

Recapiti Torino: Tel. 011.04.37.446 - Fax 11.04.32.358

**www.sicuramed.it** E-mail **info@sicuramed.it** PEC **info@assimedici.eu**

Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.

