

## Polizza di Assicurazione RC Professionale per **MEDICO CHIRURGO CON ATTIVITÀ CHIRURGICA\*** CHE OPERA PRESSO STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE SSN ANCHE PER INTERVENTI IN LIBERA PROFESSIONE

\*ESCLUSO ORTOPEDIA NEUROCHIRURGIA GINECOLOGIA E CHIRURGIA ESTETICA

Convenzione Day Surgery Italia

**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.                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tutela legale compresa – Massimale € 15.000,00                                                      |                                         |
| <input type="checkbox"/> Desidero ricevere ECM <b>FAD</b> da complessivi <b>50 crediti ECM</b> (per sottoscrizioni entro il 30/11/2018) |                                         |
| Gli importi comprendono la quota associativa <b>DSI</b> e la partecipazione agli eventi formativi                                       |                                         |
| Effetto                                                                                                                                 |                                         |
| Scadenza                                                                                                                                |                                         |
| <b>MASSIMALE</b> Per anno e per sinistro                                                                                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00                                                                                                 | <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 |
| <b>IMPORTO TOTALE</b>                                                                                                                   | €                                       |

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.**

☐ **Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato

**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 68 K 03111 01618 0000 0000 4990** - Causale: nome e cognome

☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Scad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

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



**Il Proponente**

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

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

Ad integrazione del Modulo proposta sottoscritto in data ....., il/la Sottoscritto/a  
Proponente Dr./Dott.ssa ..... dichiara di voler accedere alle  
agevolazioni tariffaria di Assicuratrice Milanese SpA con riferimento all'attività di seguito selezionata  
per la quale indica il massimale prescelto.

**Specializzazioni**

**MASSIMALI**

€ 1.000.000,00

€ 2.000.000,00

**Chirurgia**

☐☐

(tutte le specializzazioni con esclusione di Ginecologia e Ostetricia,  
Neurochirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Spinale, Chirurgia Estetica)

**Chirurgia – Medici di età inferiore a 42 anni**

☐☐

(tutte le specializzazioni con esclusione di Ginecologia e Ostetricia,  
Neurochirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Spinale, Chirurgia Estetica)

**Garanzie attivabili**

**Postuma illimitata (+30%)**

☐

**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

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

|                                                   |                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>L'attività descritta come:</b><br>(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                                                                                                                                                   |  |

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

|                                                          |           |  |           |  |
|----------------------------------------------------------|-----------|--|-----------|--|
| <b>detiene polizze in corso per il medesimo rischio?</b> | <b>Sì</b> |  | <b>No</b> |  |
|----------------------------------------------------------|-----------|--|-----------|--|

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

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

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: 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>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><br><br>(Crocettare) | Obblighi di Legge                             |  |  |
|                                                                      | Impegni Contrattuali                          |  |  |
|                                                                      | Personalì 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 sorgere 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 sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

#### ASSICURANDO

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| Cognome Nome | Codice fiscale              |
| Indirizzo    | Iscritto all'albo di<br>Dal |

#### ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

|                                                                  |                                                                                                        |  |             |  |         |  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|---------|--|
| L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di<br>(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 € (Crocettare)

500.000 750.000 1.000.000 1.500.000 1.750.000 2.000.000 2.500.000

|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      |                |                      |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|
| Medico Generico – di Base                                                                                |                      | NON PRESTABILE       |                      |                      | NON PRESTABILE |                      |                      |
| Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici                    |                      | NON PRESTABILE       |                      |                      | NON PRESTABILE |                      |                      |
| Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi |                      | NON PRESTABILE       |                      |                      | NON PRESTABILE |                      |                      |
| Anestesista/Rianimatore                                                                                  | NON PRESTABILE       | NON PRESTABILE       |                      | NON PRESTABILE       |                |                      |                      |
| Medico 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<br><b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato                                                                                                                                                                                         | del 25% del premio di tariffa<br>con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |              |  |
| In alternativa a quanto sopra<br><br>Estensione<br><b>P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al<br><br><b>N.B.</b><br>La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto. | <ul style="list-style-type: none"><li>200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete</li><li>250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete</li><li>300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete</li><li>400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa</li></ul> <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualità</b><br><br>con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio |  |              |  |
| Limitazione<br><b>FORMULA YOUNG</b> – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".        | <b>Premio annuo lordo di polizza Euro 265</b><br><b>Massimale prestato di Euro 2.000.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |  |
| Estensione<br><b>Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento</b> (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)                                                                                                                                           | <b>Aumento del 100% del premio di tariffa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              |  |
| Clausola di<br><b>INDICIZZAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              |  |
| Scelta della<br><b>DURATA CONTRATTUALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | 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?

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

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

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

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

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

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

## DICHIARAZIONE

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

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

# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

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

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

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato

del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

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

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

## SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO

EVIDENZIARE SE:

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

O

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

## SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE

## 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 di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\*Il 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

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.assimedicini.it E-mail info@assimedicini.it PEC info@assimedicini.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.



ASSIMEDICI Srl



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

**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;**
- ☐ **Tutela Giudiziaria;**

- ☐ **Infortuni**
- ☐ **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