

Polizza di Assicurazione RC Professionale per MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA Convenzione Med Mal Risk

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Specializzazione:		
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza 3Virus allegando il modulo di adesione		
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza 3Virus		
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione		
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza di Tutela Legale		
Effetto	Scadenza	Prima Rata
L'importo della quota associativa Med Mal Risk per l'anno in corso è di € 40,00		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere due Fad con crediti ECM – sanita.academy		
MASSIMALE €	Per anno e per sinistro	
IMPORTO TOTALE	€	

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

Bonifico bancario: Banco BPM C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - 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 _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

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 O RAGIONE SOCIALE*	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. Indicare l'Attività che l'Assicurato intende assicurare (è necessario contrassegnare con una "X" le Attività svolte).

AVVERTENZA: possono essere selezionate al massimo 4 Attività svolte

Tipologia	Attività Svolta	Selezione
Visite	Allergologia e immunologia clinica	
Visite	Anatomia patologica	
Invasiva	Anatomia patologica	
Chirurgica	Andrologia	
Visite	Andrologia	
Invasiva	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	
Chirurgica	Angiologia e flebologia	
Visite	Angiologia e flebologia	
Invasiva	Angiologia e flebologia (chirurgia minore)*	
Visite	Audiologia	
Chirurgica	Cardiochirurgia	
Visite	Cardiologia	
Chirurgica	Cardiologia interventistica	
Chirurgica	Chirurgia d'urgenza e 118	
Chirurgica	Chirurgia della mano	
Chirurgica	Chirurgia estetica plastica	
Chirurgica	Chirurgia generale (compresa addominale)	
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (con chirurgia estetica)	



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

Tipologia	Attività Svolta	Selezione
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (no chirurgia estetica)	
Chirurgica	Chirurgia ricostruttiva	
Chirurgica	Chirurgia toracica	
Chirurgica	Chirurgia vascolare	
Visite	Dermatologia - venereologia	
Invasiva	Dermatologia - venereologia (chirurgia minore)*	
Visite	Diabetologia e malattie del metabolismo	
Invasiva	Ematologia	
Visite	Ematologia e medicina trasfusionale	
Chirurgica	Endocrinochirurgia	
Visite	Endocrinologia e malattia del ricambio	
Visite	Epatologia	
Visite	Farmacologia	
Visite	Fisica medica	
Chirurgica	Gastroenterologia	
Visite	Gastroenterologia	
Invasiva	Gastroenterologia (chirurgia minore)* con endoscopia digestiva	
Visite	Genetica medica	
Visite	Geriatrics	
Visite	Ginecologia	
Invasiva	Ginecologia con fecondazione assistita	
Chirurgica	Ginecologia con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	
Invasiva	Ginecologia con ostetricia ambulatoriale e biopsie	
Chirurgica	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	
Visite	Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	
Invasiva	Malattie infettive e tropicali	
Visite	Malattie infettive e tropicali	
Invasiva	Medicina d'urgenza e 118	
Visite	Medicina del lavoro	
Visite	Medicina dello sport	
Visite	Medicina di base (Medico generico)	
Visite	Medicina di comunità	
Invasiva	Medicina estetica	
Visite	Medicina estetica	
Visite	Medicina fisica riabilitativa - ex fisioterapia (comprese infiltrazioni)	
Invasiva	Medicina generale – Medico di famiglia	
Visite	Medicina generale – Medico di famiglia	
Invasiva	Medicina interna	
Visite	Medicina interna	



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

Tipologia	Attività Svolta	Selezione
Visite	Medicina legale	
Visite	Medicina nucleare	
Visite	Medicina termale	
Visite	Medicine non convenzionali e osteopatiche	
Visite	Microbiologia/virologia	
Chirurgica	Nefrologia	
Visite	Nefrologia	
Invasiva	Nefrologia con Dialisi	
Chirurgica	Neurochirurgia	
Invasiva	Neurologia	
Visite	Neurologia e Neurofisiopatologia	
Visite	Neuropsichiatria infantile	
Visite	Oculistica / oftalmologia	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (esclusa attività estetica)	
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia altre tecniche	
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia osteointegrata	
Visite	Odontoiatria / stomatologia senza implantologia	
Chirurgica	Oncologia e senologia	
Visite	Oncologia e senologia	
Invasiva	Ortodontista	
Visite	Ortopedia (comprese infiltrazioni)	
Invasiva	Ortopedia con chirurgia minore*	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
Visite	Otorinolaringoiatria	
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
Visite	Patologia clinica (compresa Biochimica Clinica)	
Chirurgica	Pediatria con neonatologia e TIN	
Chirurgica	Pediatria senza neonatologia	
Visite	Pediatria senza neonatologia	
Invasiva	Pediatria senza neonatologia (chirurgia minore)*	
Invasiva	Pneumologia	
Visite	Pneumologia	
Visite	Psichiatria	
Visite	Radiodiagnostica (no mammografia)	
Visite	Radiodiagnostica con mammografia	
Invasiva	Radiologia interventista e neuroradiologia	



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

Tipologia	Attività Svolta	Selezione
Visite	Radioterapia	
Visite	Reumatologia	
Visite	Scienze dell'alimentazione	
Invasiva	Terapia del dolore e cure palliative	
Visite	Terapia del dolore e cure palliative	
Visite	Tossicologia medica	
Chirurgica	Urologia	
Visite	Urologia	

Le attività svolte di Odontoiatria / Stomatologia prevedono una franchigia di € 500,00 per sinistro.

(*) Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.

(*) Attività invasiva: quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici.

2. Periodo di Retroattività

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi in cui l'Assicurato sia al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

Selezionare la Retroattività richiesta:

No retroattività 1 anno 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni 10 anni Illimitata

3. Massimale di Polizza

Selezionare il Massimale per Sinistro e Periodo Assicurativo

1 milione 2 milioni 3 milioni 5 milioni

4. Sinistrosità

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 9)

5. Fatti noti

Indicare se all'Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua responsabilità civile e/o penale negli ultimi 5 anni.

NO SI

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 9)

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

6. 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

7. 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

8. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

9. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 4) e 5) del presente Questionario

A) Sinistri

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 4) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Ammontare del danno richiesto: € _____

Età del danneggiato: _____

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- l'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: _____
- Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

lesioni; grado di invalidità: _____%

decesso

danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: _____

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

In corso

Concluso con addebito di responsabilità

Concluso senza addebito di responsabilità

Procedimento impugnato; Grado di giudizio: _____

Transazione

Importo risarcito: € _____

B) **Fatti noti**

Specifiche di dettaglio dei Fatti Noti di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del Fatto Noto:

Notizie

Querele

Atti giudiziari

Indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria

Altro _____

2) Riportare una descrizione dell'evento:

3) Stato procedimento Penale

Indicare se sia in corso **un procedimento penale**, ma non vi sia la costituzione di parte civile del danneggiato o dei suoi aventi diritti:

SI NO

Se "SI" indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

Numero procedimento: _____

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 _____



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

Trattamento 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 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 _____



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Appendice Variazione Generica

Assicurazione della Responsabilità Civile del Medico Libero Professionista

Appendice N°	Polizza N°	Prodotto	Intermediario	Sub Codice
--------------	------------	----------	---------------	------------

Dati del Contraente

Nome e Cognome / Denominazione / Ragione sociale		Codice Fiscale		Partita IVA		
Residenza o Sede legale		Comune		Prov	Cap	Nazione

Dati dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

Nome e Cognome		Codice Fiscale		Partita IVA		
Residenza		Comune		Prov	Cap	Nazione

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza, si prende e si dà atto tra le parti che l'Attività Medicina di base (Medico generico) opera in relazione alle seguenti prestazioni:

- Sostituzioni del medico di Medicina generale;
- Sostituzione del Pediatra di Libera Scelta;
- Attività presso Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e Servizio di Continuità Assistenziale, inclusa Applicazione rimozione di punti di sutura;
- Attività di consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- Medico prelevatore presso laboratori privati od associazioni;
- Medico accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- Attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
- Assistenza medica di primo soccorso per eventi sportivi e manifestazioni;
- Attività espletata nell'ambito della formazione specifica in Medicina Generale ai sensi del D.lgs. 17/8/1999 N° 368 e successive modifiche e integrazioni.

Si precisa che tali prestazioni si intendono incluse nella copertura anche qualora l'Attività Medicina di base (Medico generico) non sia indicata nella Scheda di Polizza.

Emesso il _____ in _____	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Emmanuele Netzer	FIRMA CONTRAENTE
--------------------------	--	------------------

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Peri informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Modulo Proposta per **TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO**

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:		
Premio:		
MASSIMALE	<input type="checkbox"/>	€ 30.000,00
MASSIMALE	<input type="checkbox"/>	€ 50.000,00

Effetto _____ Scadenza _____
La polizza dovrà avere effetto l'ultimo giorno del mese ed avrà prima scadenza 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 può essere effettuato unicamente tramite:

Bonifico bancario: Banco BPM C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - 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 _____

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **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 Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto 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/assicurato