

Polizza RC Professionale per PROFESSIONISTI DEL BENESSERE

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 02.87.18.11.52 o via E-Mail: info@assimedicini.it
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.
Professione:	

Effetto Scadenza
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
MASSIMALE per sinistro / anno: € 1.000.000,00 Retroattività 10 anni
PROFESSIONE:
☐ Career Coach - Cosmetologo - Erborista - Life Coach - Musicoterapeuta - Pedagogo - Psicomotricista - Naturopata Sessuologo € 125,00
☐ Aromaterapeuta - Maestro Yoga - Massaggiatore Aromatouch - Nutripuntore - Operatore Shiatsu - Pranoterapeuta - Riflessologo - Tecnico Ai Chi € 160,00
☐ Tatuatore € 240,00
Gli importi indicati contengono quota associativa e diritti di emissione
☐ Aggiungo la Tutela Legale € 15,00 (massimale € 50.000,00) ☐ Rinuncio alla Tutela Legale
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 ____/____/____  _____
Cod. Partner _____ Intermediario _____ *Il Proponente*

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **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

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
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 Steffano, 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

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimediti.it E-mail info@assimediti.it PEC info@assimediti.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

