

## POLIZZA RC PROFESSIONALE MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRA

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** o tramite email all'indirizzo [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it)  
Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

<b>Assicurato</b>																				
Indirizzo																				
Cap	Città	Prov.																		
Tel. Abitazione	Cellulare																			
E-mail	Fax																			
PEC																				
Cod. Fiscale																				
Partita IVA																				
Data di nascita					Luogo di nascita															Prov.
Iscritto all'Ordine di										Iscrizione Nr.										
Attività svolta:																				
<input type="checkbox"/> <b>MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRA SENZA IMPLANTOLOGIA</b>																				
<input type="checkbox"/> <b>MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA</b>																				
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza <b>Cyber: + € 60,00</b>																				
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza Cyber																				
<b>Effetto</b>           <b>Scadenza</b>																				
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una Fad con crediti ECM – <a href="http://sanita.academy">sanita.academy</a>																				
<input type="checkbox"/> <b>MASSIMALE PER SINISTRO € 1.000.000,00 – MASSIMALE PER ANNO € 3.000.000,00</b>																				
<input type="checkbox"/> <b>MASSIMALE PER SINISTRO € 2.000.000,00 – MASSIMALE PER ANNO € 6.000.000,00</b> (opzione unica per odontoiatra con implantologia)																				
<b>IMPORTO TOTALE €</b>																				
<b>Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:</b>																				
<input type="checkbox"/> <b>Bonifico bancario:</b> Banco BPM – C/C Intestato <b>Assimedici Srl</b> IBAN: <b>IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500</b> – Causale: nome e cognome																				
<input type="checkbox"/> <b>Carta di credito:</b> <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express																				
Nr.  _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _																				
Scad.  _ _ _ / _ _ _  CVV*  _ _ _ _ _																				
*Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito																				
<b>Nel rispetto della vigente normativa:</b> Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.																				

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



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

## QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRA

### DATI ASSICURATO

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Partita Iva | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Data di nascita | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Luogo \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_  
Iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_ Iscrizione Nr. \_\_\_\_\_

Effetto | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Scadenza | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

### SELEZIONARE LE ATTIVITA' SVOLTE

MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA  
 MEDICO ODONTOIATRA/ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA

### MASSIMALE

MASSIMALE PER SINISTRO € 1.000.000,00 – MASSIMALE PER ANNO € 3.000.000,00  
 MASSIMALE PER SINISTRO € 2.000.000,00 – MASSIMALE PER ANNO € 6.000.000,00  
(opzione unica per odontoiatra con implantologia)

### ANNO DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO

MINORE/UGUALE 1 ANNO       MINORE/UGUALE 5 ANNI       MAGGIORE 5 ANNI

### RETROATTIVITA'

10 ANNI       ILLIMITATA

### RCTO STUDIO

IL PROPONENTE SI AVVALE DI DIPENDENTI?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
IL PROPONENTE VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA PER LA CONDUZIONE DELLO STUDIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ASSIMEDICI Srl

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

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

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

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

## PRECEDENTI ASSICURATIVI

È ATTUALMENTE ASSICURATO PER I MEDESIMI RISCHI COPERTI DALLA PRESENTE POLIZZA?  SI  NO

COMPAGNIA

MASSIMALE

DECORRENZA

EFFETTO:

SCADENZA:

PREMIO ANNUO LORDO

EUR

È MAI STATA RIFIUTATA/ANNULLATA/DISDETTATA UNA POLIZZA PER I MEDESIMI RISCHI?  SI  NO

In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:

## INFORMAZIONI SUI SINISTRI

SONO STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO O SONO STATE PROMOSSE AZIONI LEGALI TESE AD ACCERTARE LA RESPONSABILITÀ DELL'ASSICURATO NEGLI ULTIMI 5 ANNI?  SI  NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL NUMERO DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO: \_\_\_\_\_

FORNIRE DI SEGUITO I DATI RELATIVI AI SINISTRI OCCORSI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

ANNO	N. SINISTRI PAGATI	TOTALE IMPORTO LIQUIDATO	N. SINISTRI RISERVATI	TOTALE IMPORTO RISERVATO
<b>TOTALE</b>		<b>EUR</b>		<b>EUR</b>

**ASSIMEDICI Srl**

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

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - 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.

## DICHIARAZIONI

- 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività parziale o totale della garanzia assicurativa, nonché la cessazione della stessa, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- Il Proponente dichiara di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione, che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete, di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio, di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

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

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di aver ricevuto e consultato il Set Informativo prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione e di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

### Norme comuni

- Decorrenza dell'assicurazione
- Proroga dell'assicurazione, tacito rinnovo, facoltà di disdetta alla scadenza
- Recesso in caso di sinistro
- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Aggravamento del rischio
- Altre Assicurazioni
- Foro competente
- Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni

### Copertura Responsabilità civile professionale

- Rischi esclusi dall'assicurazione
- Fatti noti
- Validità temporale della garanzia (Clausola "claims made")

### Copertura Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

- Rischi esclusi dall'assicurazione
- Scoperto o Franchigia

### Copertura Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

- Rischi esclusi dall'assicurazione
- Scoperto o Franchigia

### Norme che regolano la liquidazione dei sinistri – RC Professionale

- Obblighi dell'Assicurato/Aderente in caso di sinistro
- Esagerazione dolosa – Clausola risolutiva espressa
- Gestione delle vertenze e costi di difesa

### Norme che regolano la liquidazione dei sinistri – RCT-RCO

- Obblighi dell'Assicurato/Aderente in caso di sinistro
- Gestione delle vertenze e costi di difesa

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

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

**ASSIMEDICI Srl**

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

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - 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.

## Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora l'Assicurato / Aderente non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non coerente" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dall'Assicurato / Aderente.

### Informazioni anagrafiche dell'Assicurato/Aderente

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Professione/Attività Lavorativa \_\_\_\_\_  
Residenza/Sede Legale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

### Esigenze assicurative dell'Assicurato/Aderente

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

Obblighi di legge/Impegni contrattuali  Assenza di obblighi di legge/Assenza di impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

Lavorativo  Extra-lavorativo

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato/Aderente necessita di una copertura assicurativa relativa all'attività professionale medica?  Sì  NO
- il potenziale Assicurato/Aderente è iscritto ad un "Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri"?  Sì  NO
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula Claims made, volta a tenere indenne l'Assicurato/Aderente dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Compagnia durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività decennale?  Sì  NO

### **AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1, 2, 3 allora prodotto non coerente**

- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Libero Professionale medica/odontoiatrica svolta attualmente?  Sì  NO
- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Libero Professionale medica/odontoiatrica svolta nel passato?  Sì  NO

### **AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ai punti 5 o 6 allora prodotto non coerente**

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? (se "NO" allora prodotto non coerente)  Sì  NO

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un Massimale per Sinistro e uno per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri? (se "NO" allora prodotto non coerente)  Sì  NO

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni nel rispetto della vigente normativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato/Aderente \_\_\_\_\_

**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**