

## QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

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

**ASSISANITÀ®**

<b>Ragione sociale contraente polizza</b> _____
<b>Indirizzo</b> _____
<b>Cap</b> _____ <b>Città</b> _____ <b>Pv</b> _____
<b>Tel.</b> _____ <b>Fax</b> _____
<b>E-mail</b> _____
<b>Cod. Fiscale</b>   _   _   _     _   _   _     _   _   _     _   _   _     _   _   _
<b>Partita Iva</b>   _   _   _     _   _   _     _   _   _     _   _   _

<b>Descrizione attività</b> _____
-----------------------------------

<b>Direttore Amministrativo</b> _____
<b>Tel.</b> _____ <b>Fax</b> _____
<b>E-mail</b> _____

<b>Direttore Sanitario</b> _____
<b>Tel.</b> _____ <b>Fax</b> _____
<b>E-mail</b> _____

<b>Responsabile Coperture Assicurative</b> _____
<b>Tel.</b> _____ <b>Fax</b> _____
<b>E-mail</b> _____

<b>Effetto</b>   _   _     _   _     _____   <b>Scadenza</b>   _   _     _   _     _____
--

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

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

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

Il Proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa. Il Proponente dichiara pertanto di avere ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

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

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

Spettabile

---

---

---

---

Spettabile

**UA Underwriting Agency S.r.l.**  
**Agenzia Generale AmTrust Europe**  
**Agenzia Generale International**  
Viale San Michele del Carso 11  
20144 Milano MI

## Lettera incarico per quotazione rischio

### Nominativo struttura

---

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso le Compagnie:

### **AmTrust Europe e AmTrust International.**

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Eventuali polizze sottoscritte con la medesima compagnia inerenti il medesimo rischio saranno da Voi intermedate.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

**In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.**

Con i migliori saluti.

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Spettabile

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spettabile  
**ASSIMEDICI S.r.l.**  
Viale di Porta Vercellina 20  
20123 Milano MI

## Lettera incarico per quotazione rischio

### Nominativo struttura

---

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso:

**le Compagnie del mercato Italiano**  
**le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.**

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

**In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.**

Con i migliori saluti.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Spettabile

---

---

---

---

Spettabile  
**ASSIMEDICI S.r.l.**  
Viale di Porta Vercellina 20  
20123 Milano MI

## **Allegato alla lettera incarico per quotazione rischio**

### **Nominativo struttura**

---

Vi informiamo che le Compagnie sotto riportate sono da noi già state contattate direttamente e o per il tramite di altro intermediario

---

---

---

---

---

---

Vi comunichiamo pertanto di non richiedere analoga quotazione presso le sopra indicate compagnie.

Con i migliori saluti.

---

---

---

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

### **A. Avviso importante (IMPORTANT NOTICE)**

I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.

Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere veritiere, esatte e complete e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.

Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

*(THE PROPOSER / INSURED UNDERTAKES TO PROVIDE THE COMPANY THE DATA REQUIRED FOR RISK ASSESSMENT AND IS WAITING TO KNOW THE CONDITIONS FOR THEIR OWN INSURANCE COVERAGE. STATEMENTS MADE BY THE PROPOSER / INSURED OR THE PERSON ENTITLED TO PROVIDE THE INFORMATION REQUIRED FOR THE CONCLUSION OF THE CONTRACT, MUST BE TRUTHFUL, ACCURATE AND COMPLETE, AND WILL BE TAKEN AS THE BASIS OF THE CONTRACT, COMING TO MADE PART AND PARCEL. SUCH STATEMENTS HAVE ESSENTIAL VALUE FOR RISK ASSESSMENT AND FOR THE CONSENT TO THE CONCLUSION OF THE CONTRACT; THEREFORE, THE ANSWERS TO THE QUESTIONS ASKED BY QUESTIONNAIRE MUST BE TRUTHFUL, ACCURATE AND COMPLETE. INACCURATE STATEMENTS AND RELUCTANCE DELL'PROPONENTE / INSURED, CONCERNING THE CIRCUMSTANCES THAT AFFECT THE RISK ASSESSMENT - IE IN CIRCUMSTANCES SUCH THAT THE COMPANY WOULD NOT GIVE HIS CONSENT, OR HE WOULD HAVE GIVEN TO DIFFERENT CONDITIONS, IF HE HAD KNOWN THE TRUE STATE OF THINGS-, MAY RESULT IN THE LOSS OF ALL OR PART OF THE COMPENSATION, AS WELL AS THE CESSATION OF THE SAME, PURSUANT TO ARTICLES 1892, 1893 AND 1894 OF THE CODICE CIVILE)*

I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo (art. 1892 C.C.).

*(THE PROPOSER/INSURED INCORRECT DECLARATION OR RETICENCE REGARDING CIRCUMSTANCES FOR WHICH THE SOCIETY WOULDNT HAVE GIVEN ITS APPROVAL OR IT WOULD HAVE GIVEN IT TO DIFFERENT CONDITIONS IF IT HAS KNOWN THE REAL STATE OF THE AFFAIRS, CAN CAUSE THE ANNULMENT OF THE CONTRACT WHEN THE PROPOSER/INSURED ACTED MALICIOUSLY).*

II. Il presente Modulo di Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.

*( THE FOLLOWING PROPOSAL FORM MUST BE FILLED IN EVERY PART, SIGNED AND DATED BY THE PROPOSER/INSURED).*

III. L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di Retroattività ovvero del periodo temporale convenuto precedente la data di inizio del Periodo di Assicurazione.

*(THE INSURANCE IS GIVEN IN THE "CLAIMS MADE" FORM ,THAT IS TO INDEMNIFY THE INSURED FROM A CLAIM COMPENSATION RECEIVED FOR THE FIRST TIME DURING THE ONGOING INSURANCE PERIOD AND REPORTED TO THE SOCIETY IN THE SAME PERIOD, AS LONG AS IT IS A CONSEQUENCE OF MALICIOUS ACTS, ERRORS AND OMISSIONS OCCURRED OR COMMITTED NOT BEFORE THE RETROACTIVITY DATE THAT IS THE TEMPORAL VALIDITY PERIOD AGREED WHICH IS EARLIER THE STARTING DATE OF THE INSURANCE PERIOD).*

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

### B. Dati del Proponente/Assicurato (INFORMATION OF THE PROPOSER/INSURED)

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato (PLEASE INDICATE INFORMATION OF THE PROPOSER/INSURED)

DENOMINAZIONE (COMPANY NAME)	DATA DI COSTITUZIONE (ESTABLISHED IN)	PARTITA I.V.A. (VAT NO.)	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° (HEAD OFFICE ADDRESS)	LOCALITÀ/COMUNE (PLACE/CITY)	PROVINCIA (MUNICIPALITY)	CAP (POSTCODE)
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI (ACTIVITIES AND / OR INSTITUTIONAL POWERS OF THE COMPANY)			

### C. Notizie di carattere generale (GENERAL INFORMATION)

Indicare se esistono sedi o distaccamenti separati (PLEASE INDICATE IF THERE ARE MORE LOCATIONS OR DIVISIONS)

NO  SI (YES)

In caso affermativo indicare l'eventuale denominazione e indirizzo (IF "YES" PLEASE SPECIFY BELOW)

N°	DENOMINAZIONE (COMPANY NAME)	LOCALITÀ/COMUNE (PLACE/CITY)	PROV.(MUNICIPALITY)	C.A.P.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Indicare la *suddivisione* percentuale dei Ricavi derivanti dall'attività caratteristica del Proponente/Assicurato (PLEASE INDICATE THE PERCENTAGE OF REVENUES COMING FROM THE PROPOSER/INSURED ORDINARY ACTIVITIES)

% PAZIENTI PAGANTI (PAYING PATIENTS)  % S.S.N./PUBBLICO (NHS/PUBLIC)

La struttura deriva da un scorporo di presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie od Ospedaliere Pubbliche? (PLEASE INDICATE IF THE HOSPITAL BECAME FROM A PUBLIC STRUCTURE)

Sì (Yes)  NO

Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? (HAVE THERE BEEN ANY STRUCTURAL CHANGES IN YOUR BUSINESS OR ANY IMPORTANT NEW DEVELOPMENTS LIKELY TO OCCUR OVER THE NEXT 12 MONTHS?)

Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? (DO YOU SPECIALISE IN ANY AREA OR ARE YOU A CENTRE OF EXCELLENCE FOR ANY DISCIPLINE?)

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Indicare il (\*) Fatturato conseguito o preventivato nei vari anni (PLEASE INDICATE THE TURNOVER OR THE ESTIMATED ONE DURING THE YEARS).

ANNO (YEAR)	FATTURATO CONSEGUITO (TURNOVER)	FATTURATO PREVENTIVATO (ESTIMATED TURNOVER)
PROSSIMO ANNO (THE COMING YEAR)		
ANNO IN CORSO (CURRENT YEAR)		
I° ANNO PRECEDENTE (I° PREVIOUS YEAR)		
II° ANNO PRECEDENTE (II° PREVIOUS YEAR)		
III° ANNO PRECEDENTE (III° PREVIOUS YEAR)		
IV° ANNO PRECEDENTE (IV° PREVIOUS YEAR)		
V° ANNO PRECEDENTE (V° PREVIOUS YEAR)		

(\*) **Fatturato:** *l'importo fatturato dal Proponente/Assicurato per tutte le prestazioni inerenti l'attività caratteristica svolta e per le quali è prestata l'assicurazione, così come risultante dal bilancio approvato. (THE NET AMOUNT INVOICED BY THE PROPOSER/ INSURED FOR ALL ACTIVITIES PERFORMED , FOR WHICH THE INSURANCE IS GIVEN,RESULTING FROM THE SUBSCRIBED BUDGET).*

Indicare, per ciascuna area medica, il numero di posti letto e del Personale Dipendente (\*), del Personale Convenzionato (\*\*) e del Personale in Libera Professione (\*\*\*) che in essa svolge l'attività (PLEASE INDICATE FOR EACH MEDICAL AREA THE NUMBER OF BEDS AND THE NUMBER OF EMPLOYEES , UNDER AGREEMENT AND FREELANCER PERSONNEL THAT WORK IN)

(*) <b>Personale Dipendente (Prestatore di lavoro):</b> (EMPLOYEES)	<i>il soggetto che agisce alle dirette dipendenze del Proponente/Assicurato con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato o con rapporto di lavoro regolare disciplinato da tutte le forme previste dal D. Lgs. 10 settembre 2003, n. 276, con esclusione del Personale Convenzionato e del Personale in Libera Prestazione. (THE INDIVIDUAL WHO WORKS REPORTING DIRECTLY TO THE PROPOSER/INSURED WITH A SUBORDINATED OR PARASUBORDINATED EMPLOYMENT WHICH OBEYS ALL THE RULES PROVIDED FOR THE LEG. DEC OF 10TH SEPTEMBER 2003 N. 276. UNDER AGREEMENT AND FREELANCER PERSONNEL EXCLUDED).</i>
(**) <b>Personale Convenzionato:</b> (PERSONNEL UNDER AGREEMENT)	<i>il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo con il Proponente/Assicurato presta la sua attività in via esclusiva e a tempo pieno presso e per conto del Proponente/Assicurato stesso. (THE INDIVIDUAL WITH A HEALTH OR PROFESSIONAL OR TECHNICAL ROLE WHICH HAVING A SPECIFIC AGREEMENT WITH THE PROPOSER/ INSURED WORKS BY AND FOR THE PROPOSER/ INSURED).</i>
(***) <b>Personale in Libera Professione:</b> (FREELANCER PERSONNEL)	<i>il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo ma in modo indipendente dal Proponente/Assicurato ha in uso locali ed attrezzature del Proponente/Assicurato stesso per offrire le proprie prestazioni professionali. (THE INDIVIDUAL WITH A HEALTH OR PROFESSIONAL OR TECHNICAL ROLE WHICH, HAVING A SPECIFIC AGREEMENT WITH THE PROPOSER/ INSURED BUT WORKING AUTONOMOUSLY, USES THE PROPOSER/INSURED PREMISES AND EQUIPMENTS TO PERFORM HIS PROFESSIONAL SERVICES)</i>

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

			Dipendenti (Prestatore di lavoro) (EMPLOYEES)			Personale Convenzionato (PERSONNEL UNDER AGREEMENT)			Personale in Libera Professione (FREELANCER PERSONNEL)		
AREA MEDICA (MEDICAL AREA)	POSTI LETTO (BEDS)	PRESTAZIONI AMBULATORIALI (OUTPATIENTS' VISITS)	MEDICI CHIRURGH I DIPENDENTI (EMPLOYEE DOCTORS)	ALTRO PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE (PARAMED ICS)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)	MEDICI CHIRURGH I DIPENDENTI (EMPLOYEE DOCTORS)	ALTRO PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE (PARAMED ICS)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)	MEDICI CHIRURGH I DIPENDENTI (FREE EMPLOYEE DOCTORS)	ALTRO PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE (PARAMED ICS)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident &amp; Emergency</i>											
Cardio Chirurgia <i>Cardiologic Surgery</i>											
Cardiologia <i>Cardiology</i>											
Chirurgia Generale <i>General Surgery</i>											
Chirurgia Maxillo Facciale <i>Facial Maxillo Surgery</i>											
Chirurgia Pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>											
Chirurgia plastica <i>Cosmetic Surgery</i>											
Chirurgia Toracica <i>Thoracic surgery</i>											
Chirurgia Vascolare <i>Vascular surgery</i>											
Cure dentarie <i>Dentistry</i>											
Dermatologia <i>Dermatology</i>											
Geriatría <i>Geriatrics</i>											
Ematologia <i>Haematology</i>											
Emodialisi <i>Hemodialysis</i>											



## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Gastroenterologia Gastroenterology											
Grandi Ustioni Great Ustion											
Immunologia Immunology											
Lungodegenza Long Term Care											
Malattie Endocrine Endocrinal Diseases											
Malattie Infettive Infective Diseases											
Medicina Generale General Medicine											
Medicina del Lavoro Job Medicine											
Medicina Nucleare Nuclear Medicine											
Nefrologia Nephrology											
Neurochirurgia Neurosurgery											
Neurologia Neurology											
Neuropsichiatria Neuropsychiatry											
Oculistica Ophtalmology											
Odontoiatria Stomatologia Dentistry Stomatology											
Oncologia Oncology											
Ortopedia e Traumatologia Orthopedics and Lesion											

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Ostetricia e ginecologia Obstetrics & Gynecology											
Terapia intensiva Intensive Care											
Otorinolaringoiatra Otorhinolaryngology											
Pneumatologia Pneumatology											
Oftalmologia Ophthalmology											
Pediatria con Neonatologia Paediatrics & Neonatologoy											
Psichiatria Psychiatry											
Radiologia Radiology											
Riabilitazione Rehabilitating											
Reumatologia Rheumatology											
Terapia Intensiva Strong Therapy											
Terapia Intensiva Neonatale Neonatal Intensive Therapy											
ALTRO (MORE):											
TOTALE											

In presenza di erogazione di prestazioni di Chirurgia Ortopedica indicare la percentuale di chirurgia:

(IN CASE OF PROVISION OF ORTHOPAEDIC SURGERY INDICATE THE PERCENTAGE OF SURGERY:)

- Protesica/Elettiva (PROSTHETICS / ELECTIVE) \_\_\_\_\_%
- Traumatologica (TRAUMATOLOGIC) \_\_\_\_\_%
- Spinale (SPINAL) \_\_\_\_\_%

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

In presenza di un reparto di ostetricia/maternità (IN CASE OF A MATERNITY OR OBSTETRICIAN WARD)

indicare il numero medio annuo di (PLEASE INDICATE THE ANNUAL AVERAGE NUMBER OF)

	ANNO IN CORSO (CURRENT YEAR)	I° ANNO PRECEDENTE (I° PREVIOUS YEAR)	II° ANNO PRECEDENTE (II° PREVIOUS YEAR)	III° ANNO PRECEDENTE (III° PREVIOUS YEAR)	IV° ANNO PRECEDENTE (IV° PREVIOUS YEAR)	V° ANNO PRECEDENTE (V° PREVIOUS YEAR)
<b>NASCITE TOTALI</b> (BIRTHS)						
<b>TRAMITE PARTO CESAREO</b> (CAESAREAN SECTION)						
<b>NATI CON HANDICAP</b> (BORN WITH DISABILITIES)						
<b>CON TASSO "APGAR" MINORE DI 6</b> (WITH AN "APGAR" CODE LESS THAN 6)						
<b>NATI MORTI</b> (STILLBORN)						
<b>INDIRIZZATI A UNITÀ DI TERAPIA INFANTILE E O TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (SCBU- NNICU)</b> (SEND TO INFANTILE UNITS OR NEONATAL CRITICAL CARE)						

Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? (DO YOU OWN AND UTILIZE YOUR OWN AMBULANCES?)

NO

Sì (Yes)

Se sì, specificare: (YES, PLEASE PROVIDE)

- **Nr di ambulanze:** (IF NR. OF AMBULANCES:)
- **Nr di unità mobili di rianimazione:** (NR. OF INTENSIVE CARE MOBILE UNITS:)
- **Se No, specificare come si è organizzati** (IF NO, PLEASE SPECIFY ARRANGEMENTS MADE:)

Indicare se al Personale Convenzionato e al Personale in Libera Professione è chiesta la sottoscrizione e il mantenimento della polizza per la Responsabilità Civile Professionale (PLEASE INDICATE IF THE PERSONNEL UNDER AGREEMENT AND FREELANCES PERSONNEL HAVE TO SIGN A PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE)

NO  SÌ (YES)

In caso affermativo indicare se è chiesto un massimale minimo di garanzia e per quale importo (IF "YES" PLEASE INDICATE IF THERE IS AN ATTACHMENT POINT FOR THE COVERAGE AND WHICH IS THE AMOUNT)

NO  SÌ (YES)      IMPORTO (THE LIMIT)

e in caso affermativo indicare se viene effettuato un controllo in merito e con quale la frequenza (IF "YES" PLEASE INDICATE IF IT IS SUBJECT TO ANY VERIFICATION AND HOW OFTEN IT IS DONE)

NO  SÌ (YES)      FREQUENZA (FREQUENCY)

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

### D. Notizie assicurative (INSURANCE INFORMATION)

Indicare, per ciascun anno, le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte per il rischio della Responsabilità Civile  
(PLEASE INDICATE FOR EACH YEAR, ANY POSSIBLE POLICY UNDERWRITTEN REGARDING A CIVIL LIABILITY)

	ANNO (YEAR)					
	IN CORSO (CURRENT)	I° PRECEDENTE (I° PREVIOUS)	II° PRECEDENTE (II° PREVIOUS)	III° PRECEDENTE (III° PREVIOUS)	IV° PRECEDENTE (IV° PREVIOUS)	V° PRECEDENTE (V° PREVIOUS)
COMPAGNIA (INSURER)						
MASSIMALE PER SINISTRO (RCT) (LIMIT PER LOSS – TPL)						
MASSIMALE AGGREGATO ANNUO (RCT) (AGGREGATE LIMIT PER YEAR – TPL)						
FRANCHIGIA PER SINISTRO (EACH AND EVERY LOSS)						
FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA (AGGREGATE ANNUAL EXCESS)						
SIR (Sir)						
FORMA DELL'ASSICURAZIONE (*) (BASIS OF VALUATION)						
GARANZIA POSTUMA (DISCOVERY PERIOD)						
RETROATTIVITÀ (RETROACTIVE DATE)						
PREMIO ANNUO LORDO (TOTAL PREMIUM)						
ESTENSIONE RCT DEI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI/CONVENZIONATI (TPL FOR EMPLOYEE DOCTORS) SI (YES) /NO						

(\*) "CLAIMS MADE" O "LOSSES OCCURING"

Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare (IN CASE OF AN ONGOING POLICY PLEASE INDICATE)

la data di scadenza   
(EXPIRY DATE)

la data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta   
(DATE OF ANY CANCELLATION RECEIVED)

Indicare se sono stati presentati Questionari e/o Moduli di Proposta ad altre compagnie (PLEASE INDICATE IF ANY KIND OF PROPOSAL FORM HAS BEEN SUBMITTED TO OTHER COMPANIES ATTENTION)

NO

SI (YES)

Indicare se si sono verificate disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro (PLEASE INDICATE IF THERE HAVE BEEN TPL OR THIRD PARTY LIABILITY POLICIES CANCELLATION FOR CLAIMS)

NO

SI (YES)

In caso affermativo indicare (IF "YES" PLEASE INDICATE)

l'anno   
(YEAR)

e la Compagnia   
(INSURANCE COMPANY)

l'anno   
(YEAR)

e la Compagnia   
(INSURANCE COMPANY)

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Indicare se sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti di Personale Dipendente per morte o lesioni subite da pazienti (PLEASE INDICATE IF ANYONE OF THE EMPLOYEES PERSONNEL HAD A CRIMINAL PROCEDURE FOR PATIENTS INJURY OR DEATH)

NO  SI (YES)

In caso affermativo indicare dettagli in merito a tali eventi (IF "YES" PLEASE INDICATE DETAILS OF SUCH EVENTS)

DETTAGLI (DETAILS)

### E. Governo dei rischi (RISK MANAGEMENT)

Indicare se (PLEASE INDICATE IF)

esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Hospital Risk Manager) (THERE IS A CORPORATE FUNCTION WHICH IS DEDICATED ONLY TO THE MANAGEMENT OF THE CLINICAL RISK)

NO  SI (YES)

Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura? (IS INFORMED CONSENT REQUIRED FROM PATIENTS PRIOR TO TREATMENT?)

In tutti i casi? (IN ALL CASES?)

Si
Si

No
No

Per iscritto? (IN WRITING?)

Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni? (COULD YOU CONFIRM MEDICAL PERSONNEL TRAINING'S COMPLIANCE TOWARDS INTERNAL POLICY, IN RESPECT OF INFORMATION TO PATIENT AND IN RESPECT OF AGREEMENT TO THERAPY COLLECTION?)

Si (Yes)  No

Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso? (COULD YOU CONFIRM TO ACCORD TO PATIENT A PERIOD OF TIME FIT TO ILLNESS, TO THINK ABOUT THE THERAPY, BEFORE COLLECTING THE AGREEMENT?)

Si (Yes)  No

Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato? (IN CASE OF UNDER-AGED PATIENT, COULD YOU CONFIRM HIS INVOLVEMENT IN COLLECTING-AGREEMENT PROCESS?)

Si (Yes)  No

Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche (THERE IS A STRUCTURED PROGRAM FOR THE MEDICAL EQUIPMENT MAINTENANCE)

Si (Yes)  No

Esiste un protocollo specifico per la raccolta, distribuzione e/o utilizzazione del sangue, di emocomponenti e di emoderivati (THERE IS A PROTOCOL FOR THE COLLECTION, DISTRIBUTION AND /OR UTILIZATION OF BLOOD, BLOOD COMPONENTS AND BLOOD PRODUCTS)

Si (Yes)  No

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

**Si prega di 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.** (PLEASE INDICATE WHETHER THERE HAVE BEEN REQUESTS FOR COMPENSATION OR HAVE FILED LEGAL ACTIONS AIMED AT ASCERTAINING THE CRIMINAL LIABILITY AND PROFESSIONAL COMMITTEES OF THE PROPOSER / INSURED IN THE LAST FIVE YEARS)

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

**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.** (INDICATE WHETHER THE PROPOSER / INSURED ARE KNOWN ACTS, OMISSIONS OR FACTS THAT COULD RESULT IN CLAIMS OR ACTIONS AIMED TO ENSURE HIS CIVIL LIABILITY, CRIMINAL OR PROFESSIONAL CONDUCT IN THE LAST FIVE YEARS.)

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

**Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/richieste di risarcimento** (PLEASE PROVIDE DETAILS OF THE PROCEDURES IN PLACE FOR DEALING WITH THE FOLLOWING COMPLAINT/CLAIMS.)

Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza: (THE PROCEDURE FOR DEALING WITH A PATIENT WHO MAKES A VERBAL COMPLAINT OF AN ALLEGED INJURY AND/OR NEGLIGENT ACT)

Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza: (THE PROCEDURE FOR DEALING WITH A PATIENT WHO MAKES A WRITTEN COMPLAINT OF AN ALLEGED INJURY AND/OR NEGLIGENT ACT.)

Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente: (WRITTEN CORRESPONDENCE FROM A LAWYER ALLEGING AN INJURY AND/OR A NEGLIGENT ACT.)

Un evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente: (AN ADVERSE EVENT THAT MAY HAVE LEAD TO THE INJURY OF A PATIENT.)

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati il Proponente/Assicurato è tenuto ad inviare l'Elenco Sinistri (in formato Excel), in assenza di suddetto Elenco non verrà presa in valutaizone la proposta.**

(IF YOU ANSWER YES TO THE ABOVE QUESTIONS IS THE PROPOSER / INSURED MUST SEND THE CLAIMS LIST (EXCEL), IN THE ABSENCE OF THE ABOVE LIST IS NOT TAKEN INTO VALUTAIZONE THE PROPOSAL.)

L'Elenco Sinistri dovrà contenere i seguenti campi (THE LIST CLAIMS MUST CONTAIN THE FOLLOWING FIELDS:)

- Identificativo del sinistro (IDENTIFICATION OF THE ACCIDENT);
- data di accadimento dell'evento DATE OF OCCURRENCE OF THE EVENT);
- data di richiesta di risarcimento danni (DATE OF THE CLAIM FOR DAMAGES);
- Data di chiusura del sinistro (CLOSING DATE OF THE ACCIDENT);
- Indicazione se il sinistro è in copertura assicurativa o in autogestione •(WHETHER THE CLAIM IS IN INSURANCE COVERAGE OR IN SELF-MANAGEMENT);
- Stato pratica (STATE PRACTICE);
- Importo Liquidato (AMOUNT CLEARED) ;
- Importo Riservato (AMOUNT RESERVED)
- Tipologia (extragiudiziale-civile-penale) (TYPE OF COURT-CIVIL-CRIMINAL) ;
- Descrizione del fatto, inclusi anche gli stati di avanzamento per le richieste in ambito giudiziario (DESCRIPTION OF THE FACT WITH ALL THE DETATILS OF THE DEVELPMENTS OF THE CIVIL/CRIMINAL JUDGEMENTS) ;
- Tipologia di lesione(TYPE OF INJURY) ;

### **F. Allegati (ATTACHMENTS)**

Nel caso fossero state indicate le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte nel passato per il rischio della Responsabilità Civile, di cui al precedente paragrafo **D. Notizie assicurative**, allegare al presente Modulo di Proposta

(IF OTHER CIVIL LIABILITY INSURANCE HAD BEEN INDICATED , SEE SECTION D. INSURANCE INFORMATION, PLEASE ATTACH THE DOCUMENTATION LISTED BELOW)

- la statistica sinistri degli ultimi 5 anni rilasciata dalla/e compagnia/e, con i dettagli degli importi pagati e/o riservati (THE LOSS RECORD OF THE LAST 5 YEARS REALESED BY THE INSURER, WITH DETAILS OF THE CLAIMS PAID AND/ OR RESERVED)
- la statistica sinistri rilasciata dalla/e compagnia/e, dei primi mesi dell'anno in corso (THE LOSS RECORD RELEASED BY THE INSURER , FOR THE FIRST MONTHS OF CURRENT YEAR)

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

- per gli importi pari o superiori ad € 50.000,00 (cinquantamila/00) fornire la descrizione dettagliata dell'evento (FOR AMOUNTS OF € 50,000.00 AND MORE PLEASE PROVIDE DETAILS OF THE LOSS).

**N.B.:** In mancanza di queste informazioni la Società non rilascerà alcuna quotazione (THE INSURER WILL NOT RELEASE A QUOTATION IF THIS INFORMATION IS PROVIDED).

### G. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato (PROPOSER/INSURED DECLARATIONS)

- 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.  
(THE PROPOSER/INSURED ACKNOWLEDGES THAT THE STATEMENTS ISSUED ARE TRUE AND NO IMPORTANT ELEMENTS HAVE BEEN OMITTED FOR THE RISK EVALUATION)
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.  
( THE PROPOSER/INSURED ACKNOWLEDGES THAT FILLING OF THIS PROPOSAL DOESN'T MEAN THE STIPULATION OF THE INSURANCE CONTRACT, MOREOVER IF IT IS SETTLED THE DECLARATION MADE WOULD BE INTEGRAL PART OF THE CONTRACT ITSELF)
- 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, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività riportato nella Scheda di Polizza, antecedenti la data di decorrenza della Polizza. ( THE PROPOSER/INSURED DECLARES THAT HE IS AWARE THAT THIS IS AN INSURANCE POLICY IN THE FORM "CLAIMS MADE", TO COVER THE CLAIMS ADVANCED FOR THE FIRST TIME AGAINST THE INSURED DURING THE PERIOD OF INSURANCE AND REPORTED TO THE COMPANY DURING THE SAME PERIOD, AS LONG AS THEY ARE A CONSEQUENCE OF EVENTS, ERRORS OR OMISSIONS OCCURRED OR COMMITTED IN THE RETROACTIVE PERIOD SHOWN IN THE SCHEDULE OF INSURANCE, PRIOR TO THE EFFECTIVE DATE OF THE POLICY.)
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa al Cliente per il Trattamento dei Dati Personali.  
(THE PROPOSER/INSURED DECLARE TO RECEIVE AND READ THE INFORMATION NOTE TOGETHER WITH THE GLOSSARY, INSURANCE TERMS AND THE PRIVACY POLICY)
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Ivass 35/2010; ed in particolare:
  - Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - Condizioni di Assicurazione;
  - Modulo di Proposta.
 (THE PROPOSER / INSURED DECLARES THAT HE HAS RECEIVED, READ AND EXAMINED COPY OF THE FILE INFORMATION, BEFORE SIGNING THIS FORM IN ACCORDANCE WITH THE PROVISIONS OF IVASS REGULATION 35/2010; AND IN PARTICULAR: NOTE, INCLUDING GLOSSARY; CONDITIONS OF INSURANCE; PROPOSAL FORM.)

Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_

Presa visione Privacy per finalità assicurative.

Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679. (PRIVACY POLICY FOR INSURANCE PURPOSES. THE UNDERSIGNED HEREBY DECLARES THAT HE HAS VISIONED THE INFORMATION REGARDING PROCESSING OF PERSONAL DATA, EX ART. 13 OF LEGISLATIVE DECREE NO. 196/2003 AND ART. 13 OF THE 2016/679 EU REGULATION.)

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_



## 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

ASSIMEDICI Srl

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.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.

Numero Verde  
**800-MEDICI**  
**800-633424**

**STEFFANO**  
**GROUP**



## 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?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>RC Professionale;</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Infortuni</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____ |

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

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.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.



ASSIMEDICI Srl



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

ASSIMEDICI  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

ASSISANITÀ

ASSIART

MASTER  
AFFIDATI TUOI RISCHI AD UN LEADER

ASSI ENTIPUBBLICI

SICURAMED

ASSIPROFESSIONISTI

ASSI CONDOMINIO