Convenzione

AgAdI Associazione gli Amici di Ippocrate

broker incaricato alla gestione della convenzione

ASSIMEDICI® CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Iscrizione RUI B000401406

MODULO DI ADESIONE R.C. PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI - MEDICI

Da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni 02.91.98.33.11

Il sottoscritto dichiara di voler aderire all'associazione AGADI e voler stipulare la polizza N.ro 1105/C2/9002 della Convenzione Agadi con la Spettabile Torus Insurance (U.K.) Limited per la copertura dei rischi di R.C. Professionale per il massimale ed il premio di seguito indicati.

Contraente

Telefono Abitazione **Cellulare**

E-mail

Studio

Telefono

E-mail

☐ **Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione**
☐ **Rinuncio alla polizza di Tutela Legale**

Totale RC € |_____|

Totale garanzie tutela legale € |_____|

Totale garanzie accessorie € |_____|

Totale Omnicomprensivo annuo € |_____|

Pagamento:

☐ **Bonifico bancario:** Banca Popolare di Vicenza - Filiale Milano N. 5 MI C/C intestato ASSIMEDICI Srl

IBAN: IT 31 F 05728 01604 633571142860 - 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 _____|___|___|_____| _____

(Firma del Medico)

Convenzione

AgAdI Associazione gli Amici di Ippocrate

broker incaricato alla gestione della convenzione

ASSIMEDICI CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Iscrizione RUI B000401406

MODULO DI ADESIONE R.C. PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI - MEDICI

Da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni 02.91.98.33.11

Il sottoscritto dichiara di voler aderire all'associazione AGADI e voler stipulare la polizza N.ro 1105/C2/9002 della Convenzione Agadi con la Spettabile Torus Insurance (U.K.) Limited per la copertura dei rischi di R.C. Professionale per il massimale ed il premio di seguito indicati.

Ragione Sociale

Se l'assicurato è uno Studio associato o una società la garanzia è prestata a favore di:

Nome e Cognome

Data di nascita | | | | **Luogo di nascita** **Prov.**

Iscritto all'Albo della provincia di **con il Nr.** **Data**

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita Iva | | | | | | | | | | | |

Sede Legale/Residenza

Cap **Città** **Prov.**

Ubicazione Studio

Cap **Città** **Prov.**

Attività esercitata:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto richieste di risarcimento danno negli ultimi 5 anni ☐ **SI** ☐ **NO**

Se si, compilare la scheda sinistri allegata

Precedente compagnia **Massimale**

Neolaureato ☐ **SI** ☐ **NO** **Data di conseguimento della laurea:** |___|___|_____|

Entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirughi e degli Odontoiatri. Tale agevolazione viene riconosciuta ai Sanitari che si iscrivono all'Ordine dei Medici Chirughi e degli Odontoiatri prima del compimento dei trent'anni e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine ma non oltre il compimento del 34° anno di età.

Specializzando ☐ **SI** ☐ **NO** **Scuola di specialità in:** _____

data inizio scuola di specialità |___|___|_____| **data termine scuola di specialità** |___|___|_____|

Tale agevolazione viene riconosciuta fino al compimento del 34° anno di età.

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 prescelto ☐ 750.000 ☐ 1.000.000 ☐ 1.500.000 ☐ 2.000.000

Garanzie Aggiuntive

☐ **Servizio di emergenza sanitaria (D. Lgs. 229/99- Ex servizio 118) (Art. 3)**

premio aggiuntivo come da scheda costi

☐ **Direzione Sanitaria (Art. 27)**

aumento 50% del premio

Luogo e data _____|__|___|_____| _____

(Firma del Medico)

In relazione a quanto precede, i nostri rapporti sono regolati secondo quanto di seguito precisato:

1. Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e decorre dalle ore 24 della data del pagamento o da quella della decorrenza riportata sul modulo di adesione se posteriore.
2. Il premio va corrisposto in un'unica soluzione.
3. In mancanza di disdetta entro i 30 giorni precedenti la scadenza annuale , l'adesione verrà prorogata per un'ulteriore annualità ed il premio è dovuto per intero. In caso di ritardato od omesso pagamento troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.

Il Contraente/Assicurato _____

Dichiaro di essere in possesso del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo in forma collettiva standardizzata n. **1105/C2/9002** stipulato tra **Agadi** e Torus Insurance (U.K.) Limited, al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni.

Il Contraente/Assicurato _____

Ai sensi e per gli effetti degli art.1341 e 1342 c.c. dichiaro di accettare specificatamente gli Art. Delle condizioni generali di polizza. 1 (Dichiarazioni dell'Assicurato e aggravamento del rischio), 3 (Recesso in caso di sinistro), 6 (Foro competente) e gli articoli delle Condizioni Addizionali n.ri: 10 (Esclusioni), 11 (Ulteriori Esclusioni), 12 (Esclusione degli interventi invasivi), 20 (Copertura assicurativa di primo e secondo rischio), 23 (Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole), 25 (Denuncia dei sinistri e gestione delle vertenze di danno – spese legali), 26 (Limiti di indennizzo e franchigia), e l'Art. 30 delle Condizioni Aggiuntive (Attività di Medico Legale e/o Medico competente e/o Medico fiscale – Perizie – Consulenza Certificazioni (Garanzia Perdite Patrimoniali)) del contratto assicurativo n° **1105/C2/9002** stipulato tra **Agadi** e Torus Insurance (U.K.) Limited.

Il Contraente/Assicurato _____

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento ISVAP n. 5/2006.

Il Contraente/Assicurato _____

INFORMATIVA IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e successive modificazioni

Definizioni:

Dato Personale: qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

Dato Sensibile: I dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Posta elettronica: messaggi contenenti testi, voci, suoni o immagini trasmessi attraverso una rete pubblica di comunicazione, che possono essere archiviati in rete o nell'apparecchiatura terminale ricevente, fino a che il ricevente non ne ha preso conoscenza.

Titolare: la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza.

Trattamento: qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati.

Informativa

I - Utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti, per suo conto, sono utilizzati da Torus Insurance (U.K.) Ltd. e da terze Società a cui essi verranno comunicati allo scopo di:

-emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione che ci ha richiesto, compresa la gestione e liquidazione dei sinistri;

-qualora necessario, ridistribuire il rischio derivante dalla stipula del contratto di assicurazione, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;

-effettuare la valutazione del rischio in via preliminare alla conclusione del contratto.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti il rischio o il servizio assicurato, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento danni.

Potremmo inoltre avere la necessità di trattare anche suo dati sensibili strettamente inerenti al rapporto assicurativo. Il conferimento di dati sensibili è facoltativo ma necessario per procedere alla valutazione del rischio, all'esecuzione dell'eventuale contratto ed alla redistribuzione del rischio.

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalità sopra indicate.

II - Utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Previo Suo consenso, i suoi dati personali, escluso quelli sensibili, saranno utilizzati da Torus Insurance (U.K.) Ltd., anche mediante l'uso del telefono, del fax e della posta elettronica, al fine di:

-rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;

-svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del gruppo.

In aggiunta, qualora Lei acconsenta, questi suoi dati potranno essere comunicate ad altre Società del Gruppo Torus per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità per noi di trattare i Suoi dati per tali fini. Il Suo rifiuto non produrrà alcun effetto circa l'esecuzione del contratto di assicurazione.

III - Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. E' previsto l'utilizzo del telefono, del fax e della posta elettronica.

Il trattamento è svolto direttamente dalla Società Torus Insurance (U.K.) Ltd. e di altre Società che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Queste Società che talvolta operano all'estero, svolgono il ruolo di responsabile del trattamento dei dati, e pertanto sono vincolate contrattualmente ad operare garantendo la protezione delle informazioni, oppure operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento, e quindi sono tenute all'esercizio della propria attività nel rispetto delle disposizioni a tutela dei dati: ad esse vengono trasmessi solo i Suoi dati strettamente necessari per lo svolgimento di compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti quali: intermediari di assicurazione e riassicurazione, Società di assicurazione e riassicurazione; produttori ed operatori di altri canali distributivi assicurativi; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; Società di servizi per il quietanzamento; Società di servizi di gestione e liquidazione sinistri; Società di servizi postali; Società di revisione, Società di ricerca e selezione e formazione del personale; Società di ricerche di mercato; Società di servizi di sicurezza; Società di informazione commerciale, Società di recupero credito.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi quali F.S.A. Financial Services Authority ed altri organismi del settore assicurativo. In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di legge (lo prevede ad esempio la disciplina di antiriciclaggio).

Il consenso che le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di enti terzi.

I Suoi dati personali non saranno diffusi, ma potranno essere trasferiti all'estero, anche fuori dall'Unione Europea, previo suo consenso.

IV - Diritti dell'interessato

I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto, ai sensi della legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Inoltre hanno il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Titolare del trattamento dei dati è la Torus Insurance (U.K.) Ltd., con sede in Londra EC3A 3BP, 5th Floor, 88 Leadenhall Street, cui ci si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti e dei soggetti destinatari di comunicazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Ai sensi del decreto legislativo 30 Giungo 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Preso atto delle informazioni che le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali, Le chiediamo:

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto e alla fornitura del servizio da Lei richiesto, nonché all'eventuale ridistribuzione del rischio, è necessario che Lei consenta per iscritto a Torus Insurance (U.K.) Ltd., di utilizzare i Suoi dati personali, compresi eventuali dati sensibili, per:

- la gestione del contratto di assicurazione - comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa - il trasferimento all'estero	SI ☐	NO ☐

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Torus Insurance (U.K.) Ltd. per l'utilizzo dei Suoi dati personali (ad esclusione di quelli sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farle conoscere nuovi prodotti della nostra Società e di altre Società del Gruppo.

Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo rifiuto non produrrà nessun effetto circa l'esecuzione del contratto di assicurazione. In particolare Lei può consentire a Torus Insurance (U.K.) Ltd. di utilizzare i Suoi dati Personali (ad esclusione di quelli sensibili) per:

- realizzare iniziative promozionali curate dalla nostra Società	SI ☐	NO ☐

- rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche	SI ☐	NO ☐
- comunicarli a società che effettuano per nostro conto le suddette operazioni	SI ☐	NO ☐
- comunicarli ad altre Società del Gruppo per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali	SI ☐	NO ☐

Luogo e data ..... No. documento (polizza, proposta): .....

Contraente Nome e Cognome (leggibile) .....

Firma .....

Altri soggetti (diversi dal Contraente) presenti nel contratto (ad esempio: Assicurato)

Nome e Cognome (leggibile) .....

Firma .....

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 CLAIMS MADE.**

.....

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;

**(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 indagine 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

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.
Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - ***Socio i.L.l.c.a.*** *Italian Lloyd's Correspondents Association*

ASSIMEDICI® CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
assiSANITÀ
assiEntiPubblici
SICURAMED
EUROPE UNDERWRITING WHOLESALE BROKERS
ASSI PMI PICCOLE MEDIE IMPRESE
ASSIPROFESSIONISTI
assi CONDOMINIO
dal 1928... una storia che continua...
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?

- ☐ **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**

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

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.
Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - ***Socio i.L.l.c.a.*** *Italian Lloyd's Correspondents Association*

STEFFANO GROUP