

## Polizza di Assicurazione RC Professionale per GIOVANE MEDICO

Con meno di 38 anni e senza il conseguimento di una specializzazione

**MODULO DI 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* _____   |                  |                         |            |
| *Sono da considerarsi in copertura anche le eventuali attività riportate nel Modulo di Proposta sottoscritto all'Assicurato, che costituisce parte integrante del contratto |                  |                         |            |
| Iscritto all'Ordine di  |                  | Iscrizione Nr.          |            |
| <input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza <b>3Virus</b> Massimale € 100.000,00   |                  | Premio € <b>25,00</b>   |            |
| <input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza <b>3Virus</b> Massimale € 200.000,00   |                  | Premio € <b>50,00</b>   |            |
| <input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza <b>3Virus</b>  |                  |                         |            |
| Aggiungo alla proposta la polizza di <b>Tutela Legale</b> allegando il modulo di adesione   |                  |                         |            |
| <input type="checkbox"/> Per medico che non effettua interventi chirurgici ed atti invasivi Massimale € 30.000,00   |                  |                         |            |
| <input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza di <b>Tutela Legale</b>  |                  |                         |            |
| Effetto   |                  | Scadenza                | Prima rata |
| MASSIMALE: € 2.000.000,00   |                  | Per anno e per sinistro |            |
| <b>IMPORTO TOTALE</b>   |                  |                         |            |
| Pagamento:  |                  |                         |            |
| <input type="checkbox"/> Bonifico bancario: UBI Banca C/C <b>Assimedici Srl</b>   |                  |                         |            |
| IBAN: IT71W0311101673000000004990 – Causale: nome e cognome   |                  |                         |            |
| <input type="checkbox"/> Carta di credito: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> 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 Contraente)



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

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

### Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

#### Dati del Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)

|                                      |   |                     |         |
|--------------------------------------|---|---------------------|---------|
| COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*    | SESSO*<br>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*<br>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:** può essere selezionata 1 Attività svolta

| Tipologia | Attività Svolta   | Selezione |
|-----------|---|-----------|
| Visite    | Medicina di Base (Medico generico) – no chirurgia (*)         |           |
| Visite    | Medicina di Base (Medico generico) – scuola con chirurgia (*) |           |

(\*) il testo delle appendici è riportato in calce al presente Questionario

#### 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:

2 anno  10 anni

#### 3. Massimale di Polizza

**AVVERTENZA:** è possibile acquistare solo il massimale € 2.000.000,00

#### 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

**AVVERTENZA:** in caso di risposta affermativa la Polizza non è assumibile

#### AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto: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

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)**

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. **Fatti Noti dell'Assicurato**

**AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno alla richiesta del punto 5) del presente Questionario**

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 Notato:

- 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" indicare:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

Numero procedimento: \_\_\_\_\_

**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**

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

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto: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

#### 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 \_\_\_\_\_

#### 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](mailto: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 \_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

## Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico Libero Professionista

**(\*) Appendice “NO CHIRURGIA” – Variazioni rispetto al testo MLP -Medico Libero Professionista Ed. 07/2020**

- La voce **Assicurato** del Glossario si intende abrogata e sostituito come segue:  
*La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'attività professionale indicata nella Scheda di Polizza ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, con meno di 38 (trentotto) anni, che non ha conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la Scuola Superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica).*

- L'art. 3.2 *Rischi esclusi dall'Assicurazione* delle Condizioni di Assicurazione si intende integrato come segue:

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

- per Danni derivanti dallo svolgimento di attività chirurgica (inclusa Chirurgia Minore);
- per Danni che siano conseguenza dello svolgimento di attività di Anestesia e Rianimazione al di fuori del corso di formazione specialistica;
- per Danni che siano conseguenza di atti, fatti ed omissioni verificatisi successivamente al conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale o del diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la scuola superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica) da parte dell'Assicurato;
- per Danni che siano conseguenza di atti, fatti ed omissioni verificatisi successivamente alla data di compimento del trentottesimo anno di età dell'Assicurato.

- L'art. 8 *Effetto e durata della Polizza* si intende integrato come segue:

Nel caso in cui l'Assicurato compia 38 (trentotto) anni o consegua il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la Scuola Superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica) durante il Periodo di Assicurazione, l'Assicurazione manterrà la sua validità fino alla successiva scadenza annuale a copertura unicamente dell'attività svolta prima di tale avvenimento.

In tal caso viene meno il tacito rinnovo della Polizza e pertanto alla successiva scadenza annuale l'effetto della Polizza cesserà senza necessità di disdetta e senza possibilità di rinnovo, ferma la possibilità di acquistare l'Ultrattività di cui all'art. 2.1.

**(\*) Appendice “SCUOLA CON CHIRURGIA” – Variazioni rispetto al testo MLP -Medico Libero Professionista Ed. 07/2020**

- La voce **Assicurato** del Glossario si intende abrogata e sostituito come segue:  
*La persona fisica indicata nella Scheda di Polizza, che svolge l'attività professionale indicata nella Scheda di Polizza ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, con meno di 38 (trentotto) anni, che non ha conseguito il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la Scuola Superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica).*

- L'art. 3.2 *Rischi esclusi dall'Assicurazione* delle Condizioni di Assicurazione si intende integrato come segue:

Sono comunque escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

- per Danni derivanti dallo svolgimento di attività chirurgica (inclusa Chirurgia Minore) eseguita senza la supervisione di un tutor, e in ogni caso se eseguita al di fuori del corso di formazione specifica in Medicina Generale e/o dei corsi di formazione specialistica;
- per Danni che siano conseguenza dello svolgimento di attività di Anestesia e Rianimazione al di fuori del corso di formazione specialistica;
- per Danni che siano conseguenza di atti, fatti ed omissioni verificatisi successivamente al conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale o del diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la scuola superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica) da parte dell'Assicurato;
- per Danni che siano conseguenza di atti, fatti ed omissioni verificatisi successivamente alla data di compimento del trentottesimo anno di età dell'Assicurato.

- L'art. 8 *Effetto e durata della Polizza* si intende integrato come segue:

Nel caso in cui l'Assicurato compia 38 (trentotto) anni o consegua il diploma di formazione specifica in Medicina Generale o il diploma di una scuola di specializzazione in area sanitaria (inclusa la Scuola Superiore Post-Universitaria di Medicina Estetica) durante il Periodo di Assicurazione, l'Assicurazione manterrà la sua validità fino alla successiva scadenza annuale a copertura unicamente dell'attività svolta prima di tale avvenimento.

In tal caso viene meno il tacito rinnovo della Polizza e pertanto alla successiva scadenza annuale l'effetto della Polizza cesserà senza necessità di disdetta e senza possibilità di rinnovo, ferma la possibilità di acquistare l'Ultrattività di cui all'art. 2.1.

**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**

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

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto: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)



## Modulo proposta TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO

Modulo Raccolta dati da inviare a mezzo fax allo **02.89.79.68.55**

Per informazioni tel 02.89.78.68.11

ASSISANITA®

|  |                         |                |
|--|-------------------------|----------------|
| 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. |
| <input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.  |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.   |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico specializzando / giovane medico.   |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che non svolge attività invasive nè interventi chirurgici.   |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive ma non interventi chirurgici.   |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica. |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.  |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Medici Dentisti e Odontoiatri.  |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Personale sanitario non medico con esclusione di ostetriche.  |                         |                |
| <input type="checkbox"/> Ostetriche.   |                         |                |
| Effetto  | Scadenza                |                |
| <b>MASSIMALE €</b>   | Per anno e per sinistro |                |
| <b>IMPORTO TOTALE €</b>  |                         |                |
| <b>Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite</b>  |                         |                |
| <b>Bonifico bancario: UBI BANCA - C/C intestato</b>  |                         |                |
| <b>ASSIMEDICI Srl IBAN: IT 71W 03111 01673 0000 0000 4990 - Causale: nome e cognome</b>  |                         |                |

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



Il Proponente

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

## Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52**

Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

ASSISANITÀ®

|                        |                  |           |
|------------------------|------------------|-----------|
| 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 |                  | Nr        |
| Azienda                |                  |           |
| Indirizzo              |                  |           |
| Cap                    | Città            | Prov.     |
| Tel.                   |                  | Fax       |

Massimale € 100.000,00

Importo totale € 25,00

Massimale € 200.000,00

Importo totale € 50,00

|          |  |  |  |          |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 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.

### Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.

**Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato

**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990** - 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 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](http://www.assimedici.it) E-mail [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it) PEC [info@assimedici.eu](mailto:info@assimedici.eu)

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

**Da inviare via fax allo: 02.23.36.91.11  
unitamente al modulo di proposta**

|  |             |                                    |     |
|--|-------------|------------------------------------|-----|
| Cognome  | Nome        |                                    |     |
| Luogo  | Prov.       | Data di nascita                    | / / |
| Telefono / cellulare   | E-mail      |                                    |     |
| Indirizzo  | Cap         |                                    |     |
| Città  | Prov.       |                                    |     |
| Cod. Fiscale   |             |                                    |     |
| Ragione sociale Azienda / Ente   |             |                                    |     |
| Indirizzo  | Cap         |                                    |     |
| Città  | Prov.       |                                    |     |
| Telefono   | Fax         |                                    |     |
| Recapiti corrispondenza preferiti : <input type="checkbox"/> personali |             | <input type="checkbox"/> aziendali |     |
| Professione/specializzazione   |             |                                    |     |
| Ordine / Albo / Collegio di  |             |                                    |     |
| Numero di iscrizione   | in data / / |                                    |     |

**Richiede l'iscrizione all' Associazione C.S.M.M.**

- AUTORIZZA il presidente dell'Associazione C.S.M.M. al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione C.S.M.M. tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 60,00** per l'anno in corso
- SI IMPEGNA a leggere lo Statuto dell'Associazione C.S.M.M. sul sito [www.malpractice.it](http://www.malpractice.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



- Conferma ricezione dell' informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- 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 a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **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**

- **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>Infortunì;</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

MOD. ST001