

Polizza Responsabilità Civile Professionale per

MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

ODONTOIATRI E MEDICI DENTISTI

Convenzione AGADI



Agevolazione
riservata agli iscritti
OMCEO PIACENZA

ASSISANITÀ®

MODULO 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.
Studio	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel.	Fax
Attività esercitata	
<input type="checkbox"/> Odontoiatria senza implantologia	<input type="checkbox"/> Odontoiatria con implantologia osteointegrata
Effetto	Scadenza
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere la Fad "Nuovi scenari della responsabilità sanitaria" - 21 crediti ECM - sanita.academy	
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione	
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza di Tutela Legale	
Totale RC	€ _____ ,00
Totale garanzie tutela legale	€ _____ ,00
Totale garanzie attivabili	€ _____ ,00
Totale Omnicomprensivo annuo	€ _____ ,00
La quota associativa AGADI è compresa nell'importo indicato nella scheda costi	

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.

Bonifico bancario: UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 68 K 03111 01618 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 della sottoscrizione _____, il ____ / ____ / _____



Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

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

MODULO DI RICHIESTA EMISSIONE POLIZZA RC PROFESSIONALE PER ODONTOIATRI E MEDICI DENTISTI

Da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni 02.91.98.33.11

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e/o scaricato le condizioni contrattuali e la documentazione 7A e 7B dell'intermediario, modello adeguatezza e informativa Privacy.

Se il Contraente è uno studio associato o una società :

Ragione Sociale _____

Partita Iva | | | | | | | | | | | | | | _____

Ubicazione Studio _____

Cap _____

Città _____

Prov. _____

Assicurando se il Contraente è uno studio associato o una società la garanzia è prestata per attività 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. _____

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

Se sì, compilare la scheda sinistri allegata

Precedente compagnia _____

Massimale _____

Scadenza _____

| | | | | _____

Direttore sanitario _____

SI NO

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 1.000.000 1.500.000 2.000.000

odontoiatra e/o Medico* con attività Odontoiatra **SENZA IMPLANTOLOGIA**

odontoiatra e/o Medico* con attività Odontoiatra **CON IMPLANTOLOGIA**
tecniche finalizzate alla osteointegrazione

*La copertura assicurativa è esclusivamente per la sola attività odontoiatrica

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____

(Firma del Medico)



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"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortuni |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> 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

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.assimedi.it E-mail info@assimedi.it PEC info@assimedi.it

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.



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