

MODULO DI ADESIONE da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni Tel. **02.91.98.33.11**

## Polizza di Assicurazione RC Professionale del Medico LIBERO PROFESSIONISTA e/o dipendente ospedaliero con extramoenia

ASSISANITÀ®

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	Nr.	

Azienda / Studio		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	

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

Effetto		Scadenza		Prima rata	
---------	--	----------	--	------------	--

**MASSIMALE:** € | | | | | ,00 per anno e per sinistro **Franchigia:** € | | | | | ,00

Premio RC	€           ,00
Quota associativa	€           ,00
Consulenza ed assistenza	€           ,00
Tutela legale	€           ,00
Altre garanzie	€           ,00
<b>Totale Omnicomprensivo</b> in attesa di conferma di emissione	€           ,00

**Pagamento:**  
 **Bonifico bancario:** UBI Banca C/C **Assimedici Srl**  
 IBAN: IT68K0311101618000000004990 – 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)

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

## Responsabilità civile del Medico Libero Professionista Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

### 1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome <input style="width: 95%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 95%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 65%;" type="text"/>	1.D Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> 1.E CAP <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
1.F Indirizzo <input style="width: 40%;" type="text"/>	1.G Partita Iva/Codice Fiscale <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
1.H Telefono cellulare +39 <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	1.I Indirizzo email <input style="width: 95%;" type="text"/>

### 2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

 si

 no

2.B Assicuratori <input style="width: 95%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 95%;" type="text"/>
2.D Franchigia <input style="width: 40%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 55%;" type="text"/>
2.F Massimale <input style="width: 95%;" type="text"/>	

### 3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 250.000 <input type="checkbox"/>	€ 500.000 <input type="checkbox"/>	€ 750.000 <input type="checkbox"/>	€ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
€ 1.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.000.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 5.000.000 <input type="checkbox"/>

3.B Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

€ 0 <input type="checkbox"/>	€ 1,500 <input type="checkbox"/>	€ 2,500 <input type="checkbox"/>	€ 5,000 <input type="checkbox"/>
€ 7,500 <input type="checkbox"/>	€ 10,000 <input type="checkbox"/>	€ 15,000 <input type="checkbox"/>	€ 20,000 <input type="checkbox"/>

3.C Indicare il periodo di **retroattività** richiesto

Decorrenza  1 Anno  2 Anni  3 Anni  4 Anni  5 Anni

3.D Indicare le **specializzazioni** esercitate dal Proponente:

Allergologia ed Immunologia Clinica <input type="checkbox"/>	Geriatrica <input type="checkbox"/>	Neurologia/Neuroradiologia <input type="checkbox"/>
Anatomia patologica <input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva <input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/>
Andrologia <input type="checkbox"/>	Immunologia <input type="checkbox"/>	Oftalmologia <input type="checkbox"/>
Angiologia <input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia <input type="checkbox"/>	Oncologia <input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatría <input type="checkbox"/>	Malattie infettive <input type="checkbox"/>	Ortopodiatria con implantologia/Odontoiatria <input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica <input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro <input type="checkbox"/>	Ortopodiatria senza implantologia/Odontoiatria <input type="checkbox"/>
Biologia <input type="checkbox"/>	Medicina dello sport <input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente <input type="checkbox"/>	Medicina di base <input type="checkbox"/>	Patologia clinica <input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza <input type="checkbox"/>	Medicina di comunità <input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi paz. primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Chirurgia generale <input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza <input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi paz. primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria <input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica <input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica <input type="checkbox"/>	Medicina generale <input type="checkbox"/>	Psicologia clinica <input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare <input type="checkbox"/>	Medicina interna <input type="checkbox"/>	Psicoterapia <input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia <input type="checkbox"/>	Medicina legale <input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica <input type="checkbox"/>
Ematologia <input type="checkbox"/>	Medicina nucleare <input type="checkbox"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Endocrinocirurgia <input type="checkbox"/>	Medicina tropicale <input type="checkbox"/>	Reumatologia <input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio <input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato <input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia <input type="checkbox"/>
Epatologia <input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia <input type="checkbox"/>	Tossicologia medica <input type="checkbox"/>
Farmacologia <input type="checkbox"/>	Nefrologia <input type="checkbox"/>	Urologia <input type="checkbox"/>
Gastroenterologia <input type="checkbox"/>	Neurochirurgia <input type="checkbox"/>	Veterinaria <input type="checkbox"/>
Genetica Medica <input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

3.E Il Proponente conferma di aver conseguito una o più **Specializzazioni** post-laurea?

 si

 no

3.F Il Proponente richiede l'estensione di copertura agli **Interventi Invasivi** così come definiti all'Art. 24 del Testo di Polizza?

 si

 no

Interventi Invasivi:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

 si

 no

3.G Il Proponente richiede l'estensione di copertura alle attività inerenti la **Medicina Estetica**?

 si

 no

3.H Il Proponente dichiara di essere **Dirigente Medico di II Livello** e/o **Direttore Sanitario** di Struttura Privata?

In caso di risposta affermativa, indicare le seguenti informazioni relative alla Struttura:

Ragione Sociale

Numero di posti letto

Aree di specializzazione della Struttura e relativo numero di procedure annue prestate

	specializzazione	n° procedure
1		
2		
3		
4		

	specializzazione	n° procedure
5		
6		
7		
8		

Informazioni finanziarie:

	stima esercizio corrente	ultimo esercizio finanziario completo	penultimo esercizio finanziario completo
Retribuzioni Totali	€	€	€
Fatturato Totale	€	€	€

Emolumenti annui percepiti dal Proponente per il ruolo ricoperto

€

#### 4. SINISTROSITA PREGRESSA

4.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

 si

 no

4.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?

 si

 no

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

#### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il **FASCICOLO INFORMATIVO** come previsto dall'articolo 32 punto 2 del **Regolamento No. 35 dell'IVASS.**

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |   |  |
|---|--|
| Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato                            | Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro     |
| Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività) | Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro           |
| Art. 10 - Esclusioni  | Art. 23 - Clausola Broker di Assicurazione                 |
| Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione    | Art. 24 - Clausola di esclusione degli interventi invasivi |
| Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)    |  |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data

 /  /

## 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



## 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.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.



ASSIMEDICI Srl



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