

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

PROPOSTA POLIZZA INFORTUNI 24 ore su 24

**SANITARI, PROFESSIONISTI, DIRIGENTI, QUADRI, FUNZIONARI E IMPIEGATI
SENZA ACCESSO AI CANTIERI E SENZA ATTIVITA' MANUALE**

Contraente/Assicurato																					
Indirizzo																					
Cap	Città	Prov.																			
Tel. Abitazione		Cellulare																			
E-mail		Fax																			
Cod. Fiscale																					
Partita IVA																					
Data di nascita																				Luogo di nascita	Prov.
Professione																					

Morte	Invaldità Permanente*	Importo Annuo	Soluzione Prescelta	Morte	Invaldità Permanente*	Importo Annuo	Soluzione Prescelta
€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 60,00	A <input type="checkbox"/>	€ 150.000,00	€ 300.000,00	€ 270,00	E <input type="checkbox"/>
€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 90,00	B <input type="checkbox"/>	€ 200.000,00	€ 300.000,00	€ 300,00	F <input type="checkbox"/>
€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 120,00	C <input type="checkbox"/>	€ 300.000,00	€ 500.000,00	€ 480,00	G <input type="checkbox"/>
€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 180,00	D <input type="checkbox"/>	€ 500.000,00	€ 700.000,00	€ 720,00	H <input type="checkbox"/>

*Franchigia 3% riassorbibile al 10%

Effetto | | | | | Scadenza | | | | |

La polizza dovrà avere effetto l'ultimo giorno del mese ed avrà prima scadenza 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: Banco BPM – C/C Intestato **Assimedici Srl**

IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** – Causale: nome e cognome

Carta di credito: Visa Mastercard American Express

Nr. | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | |

Scad. | | | | / | | | | / | | | | CVV* | | | | | *Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Il Contraente dichiara:

Di aver ricevuto e/o scaricato dal sito www.assimedici.it prima della sottoscrizione del contratto, il fascicolo informativo di cui al Regolamento IVASS n. 35/2010

Di aver ricevuto e/o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla Privacy ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003

Luogo e data della sottoscrizione _____, il | | | |

Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o Ragione sociale:

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **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 Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto 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 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/assicurato

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

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.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

