

Cognome					Nome									
Luogo di nascita					Data di nascita									
Cod. Fisc.					Partita IVA									
Residente a					Via					nr.				
Tel.			Fax.			Cellulare			E-mail					
Ordine / Collegio / Albo di					Iscrizione Nr.									
Specializzazione / Attività					Associazione									
Ospedale / Studio														
Città					Via					nr.				
Tel.					Fax.									

MASSIMALE	30.000,00 Euro
------------------	-----------------------

Fino a 12.000 Euro per il primo grado di giudizio

Importo totale comprensivo di quota associativa e premio di copertura assicurativa

Dipendente ospedaliero colpa grave

Medico chirurgo tutte le specializzazioni colpa grave (compresa intramoenia anche allargata) **110,00*** Euro

* importo composto da premio annuo di polizza pari a € 70 e quota associativa socio sostenitore € 40

Libero professionista

Medico non specialista Medico specialista **120,00*** Euro
Medico di medicina generale Medico del lavoro
Medico legale
che non effettuano interventi chirurgici e atti invasivi

* importo composto da premio annuo di polizza pari a € 80 e quota associativa socio sostenitore € 40

Medico non specialista Medico specialista **150,00*** Euro
Medico di medicina generale
che non effettuano interventi chirurgici con l'estensione agli atti invasivi
Odontoiatra senza implantologia

* importo composto da premio annuo di polizza pari a € 110 e quota associativa socio sostenitore € 40

Medico chirurgo tutte le specializzazioni **290,00*** Euro
che effettua interventi chirurgici
Odontoiatra con implantologia

* importo composto da premio annuo di polizza pari a € 250 e quota associativa socio sostenitore € 40

Personale sanitario non medico **50,00*** Euro

* importo composto da premio annuo di polizza pari a € 30 e quota associativa socio simpatizzante € 20

Effetto / / / /	Scadenza / / / /
------------------------------	-------------------------------

L'effetto prescelto deve essere l'ultimo giorno del mese

La scadenza deve coincidere con la scadenza della polizza RC in essere

Modalità di pagamento prescelta

a mezzo Bonifico Banco BPM C/C Assimedici Srl

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

con addebito sulla mia Carta di Credito CARTA VISA CARTA MASTERCARD

Nr. | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | Scadenza | | / | / | CVV* | | | | |

*Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito

Luogo e data _____ Firma _____

Il Contraente del certificato dichiara:

di aver ricevuto, o scaricato dal sito www.agadi.it/tutela, prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento ISVAP n. 35/2010.

di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Luogo e data _____ Firma _____

Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa: **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 avvalorarmi, 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 _____

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **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 di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
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 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/assicurato