

Modulo proposta TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO

Modulo Raccolta dati da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05**

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.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
<input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, 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, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, 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	
MASSIMALE €	Per anno e per sinistro	
IMPORTO TOTALE €		
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		

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



Il Proponente

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