

MODULO PROPOSTA POLIZZA INFORTUNI PER MEDICI E SANITARI

da inviare a mezzo E-mail a info@assimediti.it Per informazioni tel. 02.91.98.33.11

Aderente

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.

Specializzazione:

Somma assicurata morte e invalidità permanente:

☐ € 100.000

Premio annuo lordo € 60,00

☐ € 200.000

Premio annuo lordo € 120,00

☐ € 300.000

Premio annuo lordo € 180,00

Franchigia 7% relativa al 15%

Effetto | | | | | | | | | | | | | | | |

Scadenza | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ 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

NR. | | | | | | | | | | | | | | | |

Scad. | | | | | | | | | | | | | | | |

*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 _____

GARANZIE

MORTE/INVALIDITA' PERMANENTE – SOMMA ASSICURATA

- ☐ **euro 100.000,00** per Infortuni Morte, **euro 100.000,00** per Infortuni IP
- ☐ **euro 200.000,00** per Infortuni Morte, **euro 200.000,00** per Infortuni IP
- ☐ **euro 300.000,00** per Infortuni Morte, **euro 300.000,00** per Infortuni IP

Professione sanitaria dichiarata: _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO/ADERENTE

INFORMAZIONI SUI SINISTRI

1. Hai avuto sinistri negli ultimi 3 anni? ☐sì ☐no

In caso di risposta affermativa fornire nella tabella sottostante i dati relativi ai sinistri occorsi negli ultimi 3 anni

ANNO	N. SINISTRI PAGATI	TOTALE IMPORTO LIQUIDATO	N. SINISTRI RISERVATI	TOTALE IMPORTO RISERVATO

DICHIARAZIONI

- dichiara di aderire alla polizza collettiva n. E0000014729 oggetto del presente Modulo di adesione;
- dichiara di aver preventivamente ricevuto, ai sensi dell'art. 185 del D.Lgs. n° 209 del 7/9/2005 e in conformità con quanto disposto dal regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il Set Informativo, contenente il DIP, il DIP aggiuntivo Danni e le Condizioni di Assicurazione della polizza collettiva n. E0000014729;
- di aver ricevuto l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornirne copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali. I dati personali saranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali per lo svolgimento dell'attività assicurativa nonché per svolgere le attività previste dalla normativa nazionale ed europea. Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione degli stessi determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale. Ove necessario il consenso al trattamento dei dati personali particolari dell'interessato (quindi ad esempio i dati relativi allo stato di salute) verrà richiesto nella successiva ed eventuale fase di gestione e/o liquidazione del sinistro;
- è consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le informazioni fornite, di cui il Contraente conferma la correttezza, sono essenziali per la validità e l'efficacia delle coperture assicurative acquistate e che la Compagnia presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad esse;

-
5. è consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione;
 6. dichiara di aver ricevuto copia del "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" conforme al nuovo allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018

Data __/__/____

FIRMA

Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei Dati Personali ai sensi degli art. 13 e 14 del reg. UE 679/2016.

Data __/__/____

FIRMA

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora l'Aderente/Assicurato non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non adeguato" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dall'Aderente/Assicurato.

Informazioni anagrafiche dell'Aderente/Assicurato

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Professione/Attività lavorativa _____

Residenza/Sede legale _____ Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

Mercato di riferimento individuato

1. L'Aderente/Assicurato rientra in una delle seguenti categorie:

- a) Persona fisica che svolge attività professionale non sanitaria
- b) **Personale sanitario (medici, infermieri, OSS, tecnici sanitari, personale sanitario dipendente o libero professionista)**
- c) Imprese o enti che necessitano di copertura di responsabilità civile aziendale

Risposta corretta: b) → **procedo**

Risposte non corrette: a), c) → **blocco e non si può procedere**

Messaggio per risposte non corrette:

"Attenzione! Il prodotto non è adeguato al tuo profilo."

Verifica del bisogno assicurativo

2. Il prodotto si pone il seguente obiettivo principale:

- a) **Tutela economica dell'Assicurato in caso di infortunio occorso nello svolgimento dell'attività sanitaria e/o nella vita extraprofessionale, con riconoscimento di indennizzi per morte, invalidità permanente**
- b) Copertura della responsabilità civile professionale sanitaria
- c) Copertura delle spese legali per procedimenti disciplinari e penali
- d) Copertura dei danni cagionati a terzi nello svolgimento dell'attività professionale

Risposta corretta: a) → **procedo**

Risposte non corrette: b), c), d) → **blocco e non si può procedere**

Messaggio per risposte non corrette:

"Attenzione! La tipologia di bisogno indicata non risulta soddisfatta dal prodotto."

Caratteristiche del prodotto

3. Ti sono state illustrate in modo chiaro ed esaustivo le **caratteristiche essenziali del prodotto**, le **garanzie offerte** (morte da infortunio, invalidità permanente, eventuali ulteriori garanzie) e i **massimali/indennizzi previsti**, e sei d'accordo con queste?

☐ Sì ☐ No

1. Ti sono state precisate la **durata della copertura**, le **modalità di rinnovo**, nonché le **facoltà e modalità di recesso**, e sei d'accordo con tali condizioni?
☐ Sì ☐ No
2. Ti sono state illustrate le **esclusioni**, le **limitazioni di garanzia**, le eventuali **franchigie e scoperti**, e sei d'accordo con tali disposizioni?
☐ Sì ☐ No

Per le domande 1, 2 e 3:

- Se **tutte Sì** → **procedo**
- Se **almeno una No** → **blocco e non si può procedere**

Messaggio di alert:

“Il prodotto non è coerente con le tue esigenze assicurative.”

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 Steffano, 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.assimediti.it E-mail info@assimediti.it PEC info@assimediti.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

