ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

assiSANITÀ®

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

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

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.
Specializzazione:
Azienda
Indirizzo
Cap Città Prov.
Tel. Fax
Attività
Retroattività: ☐ 10 anni ☐ illimitata
Massimale:
☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00
Effetto | | | | Scadenza | | | |
☐ Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy

IMPORTO TOTALE €

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:
☐ **Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 6311 MILANO C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990** - 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 della sottoscrizione _____ , *il* ___ | ___ | _____

_____
Il Proponente

*Cod. Partner*_____*Intermediario*_____

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

ROSELLI INSURANCE SERVICES S.A.S.
VIA APPIANO 16
ROMA - RM - 136
Tel. 639744481 Fax. 639729412
INFO@ROSELLINSURANCE.IT
ISCRIZIONE RUI: A000298218 - P. IVA: 10308751006

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria Italiana di
Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,
London, EC3M 4AJ, United Kingdom
Capitale Sociale Interamente Versato: US$ 432.997.752
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla
Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority
N° di riferimento PRA / FCA 202967
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337
Numero VAT: 656897271

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Sede Secondaria in Italia
Sede Legale e Direzione Generale:
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo Imprese IVASS
N° I.00092 in data 25.1.2011
Codice IVASS Impresa: D893R
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano e
Codice Fiscale: 07234060965 | Partita IVA: 10541140967

MODULO DI ADESIONE
PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO
R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

***Campi obbligatori**

			*Ragione Sociale **
Intermediario Assicurativo	❒ **NO**	❒ **SI**	

A. **L'Assicurato è una persona fisica (Scheda 2)** ❒

B. **L'Assicurato è una ditta individuale (Scheda 2)** ❒

C. **Il Contraente è uno Studio Associato**
- Associati componenti lo Studio N. _
- Associati componenti lo Studio che desiderano contrarre questa polizza N. ____ ❒
(Scheda 1 con i dati dello Studio - Scheda 2 con i dati dell'Assicurato
COMPILARE IL MODULO DI ADESIONE PER CIASCUN ASSOCIATO CHE DESIDERA CONTRARRE QUESTA POLIZZA)

CONTRAENTE - Scheda 1
***Campi obbligatori**

Cognome e Nome	*	
Ragione Sociale	*	
Codice fiscale	*	
P. IVA	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	

ASSICURATO - Scheda 2
***Campi obbligatori**

Cognome e Nome	*	
Codice fiscale	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	
Iscritto all'Ordine di ... / N° Iscrizione	*	/
Data Iscrizione all'Ordine	*	/ /
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	/ /
Data di decorrenza: un anno dalle ore 24:00 del	*	/ /

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

PRECEDENTI COPERTURE: **In continuità con precedente copertura**: ❒	*Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza:* _____
Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma: ❒ *Società Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma.*	*Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma:* _____
*Senza continuità e senza postuma ** ❒ *Non ero assicurato ** ❒	
CREDITI FORMATIVI (triennio formativo precedente): **NON RICHIESTI PER GLI SPECIALIZZANDI**	**I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?** ❒ **SI** ❒ **NO** ❒ 100% ❒ dal 66% al 99% ❒ dal 46% al 65% ❒ inferiore a 46%
Copertura di **"Primo Rischio"** ❒ *Copertura di* **"Secondo Rischio"** ❒	**MASSIMALE:** ❒ **€1.000.000,00** ❒ **€2.000.000,00** ❒ **€3.000.000,00** ❒ **€5.000.000,00*** * Per l'opzione massimale Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia ❒ **Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)** La copertura del Servizio di Emergenza Sanitaria è inclusa senza sovra-premio nel presupposto essenziale che sussista la relativa qualifica al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.
Retroattività richiesta	❒ **10 ANNI** ❒ **ILLIMITATA**
Copertura **"Direttore Sanitario":** **SI** ❒ *Direzione sanitaria compresa se richiesta in fase di emissione con esclusione delle Strutture Sanitarie R.S.A, R.A., Case di Riposo*	La copertura di Direttore Sanitario è inclusa senza sovra premio nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.

SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

❒	Allergologo ed Immunologia Clinica per Allergologo	❒	Musico Terapista
❒	Amministratore di Struttura Sanitaria	❒	Naturopata / Nutripuntore
❒	Analista al microscopio	❒	Nefrologo senza attività invasive
❒	Anatomia patologica	❒	Nefrologo con attività invasive
❒	Andrologo	❒	Neolaureato (***)
❒	Anestesia e rianimazione	❒	Neurochirurgo
❒	Angiologo	❒	Neurofisiopatologo
❒	Angiologo con interventi chirurgici	❒	Neurologo
❒	Assistente di Oftalmologia	❒	Neurologo con atti invasivi
❒	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	❒	Neuropsichiatra
❒	Audiologo	❒	Oculistica con interventi chirurgici
❒	Biochimica e chimica clinica	❒	Oculistica senza interventi chirurgici
❒	Biologo	❒	Odontoiatria e stomatologia con implantologia
❒	Bionaturopata	❒	Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
❒	Cardiochirurgia	❒	Omeopata
❒	Cardiologia Interventista (invasiva)	❒	Oncologia con interventi chirurgici
❒	Cardiologo Clinico	❒	Oncologia senza interventi chirurgici

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

❑	Chiropratico	❑	Operatore Socio-Sanitario
❑	Chirurgia d'urgenza e 118	❑	Optometrista
❑	Chirurgia della mano	❑	Ortesista/Protesista
❑	Chirurgia gastroenterologica	❑	Ortopedia (chirurgia minore)
❑	Chirurgia generale	❑	Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
❑	Chirurgia maxillofacciale	❑	Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
❑	Chirurgia minore (medicina di base)	❑	Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
❑	Chirurgia toracica	❑	Ortopedista
❑	Chirurgia vascolare	❑	Ortottista
❑	Consulente della riabilitazione	❑	Osteopata
❑	Cosmetologo	❑	Otorinolaringoiatria
❑	Dermatologo e Venereologo	❑	Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
❑	Diabetologo	❑	Patologo clinico
❑	Dietologo/Nutrizionista/Dietista	❑	Pedagogista
❑	Dottore in Farmacia	❑	Pediatra (chirurgia minore)
❑	Ematologo	❑	Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
❑	Endocrinochirurgia	❑	Pediatria chirurgica
❑	Endocrinologo e malattie del ricambio	❑	Pediatra inclusa estensione alla Neonatologia (esclusa Pediatria Chirurgica)
❑	Epatologo	❑	Perfusionista
❑	Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	❑	Personal trainer
❑	Erborista	❑	Podologo
❑	Estetista	❑	Pranoterapeuta
❑	Fisiatra	❑	Psichiatra/Clinica Psichiatrica
❑	Fisico Medico	❑	Psicoanalista
❑	Fisioterapista	❑	Psicologo/Psicologo Clinico
❑	Foniatra	❑	Psicoterapeuta
❑	Gastroenterologia	❑	Radiologia interventistica
❑	Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	❑	Radiologia (non invasiva)
❑	Geriatra	❑	Reumatologo
❑	Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi	❑	Riflessologo
❑	Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici	❑	Senologia
❑	Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici	❑	Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
❑	Igienista dentale	❑	Sonografista / Ecografista
❑	Immunologo	❑	Specializzando (fino al 34° anno di età)
❑	Informatore scientifico della salute	❑	Tecnico Addetto di Farmacia
❑	Ingegnere biomedico	❑	Tecnico Audiometrista
❑	Kinesiologo	❑	Tecnico Audioprotesista
❑	Logopedista	❑	Tecnico degli ultrasuoni
❑	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	❑	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
❑	Infermiere	❑	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
❑	Infettivologo	❑	Tecnico di medicina nucleare
❑	Massofisioterapista	❑	Tecnico di Neurofisiopatologia
❑	Massoterapista	❑	Tecnico ECG
❑	Medicina nucleare	❑	Tecnico nell'alimentazione Dietetica
❑	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche	❑	Tecnico Ortopedico
❑	Medico codificatore di storia clinica del paziente	❑	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
❑	Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	❑	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
❑	Medico d'urgenza e 118	❑	Terapista del lavoro
❑	Medico dello sport	❑	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

❑	Medico di Medicina Generale o Medico Generico	❑	Terapista Occupazionale
❑	Medico Internista	❑	Terapista Shiatsu
❑	Medico Internista con atti invasivi	❑	Tossicologo
❑	Medico Legale	❑	Tossicologo Ambientale
❑	Medico specializzando	❑	Urologia (non invasiva)
❑	Medico Terapista della respirazione	❑	Urologia

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

INFORMAZIONI:

SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI (denunciati e/o risarciti):

❒ NO ❒ SI

N. sinistri (*) _____

I. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? **❒ NO ❒ SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

II. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? **❒ NO ❒ SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

III. Data scoperta _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? **❒ NO ❒ SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:
qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

❒ **NO** ❒ **SI** **N. fatti noti o circostanze** _____ (**breve descrizione**)

i. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Breve descrizione del danno _____

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data ..... FIRMA DELL'ASSICURATO .....

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

(A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo "Mod. 114 19 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 27.11.2019" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;

(B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 27.11.2019" e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Polizza Collettiva;

(C) Formulazione temporale dell'Assicurazione "Claims Made";

(D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data ..... FIRMA DELL'ASSICURATO .....

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED AGENZIA DELLE ENTRATE UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) ……
Codice Fiscale ……

conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 206 18 Informativa Privacy - Ed. 25.05.2018 "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679, pertanto

❒ esprime il consenso ❒ nega il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, comuni e sensibili, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data …… FIRMA DELL'ASSICURATO ……

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18.6.1992 concernente l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, nonché degli articoli 1, lettera (f) e 23 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- **Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti** (Allegati 3 e 4)**.**
- **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 a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **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 CLAIMS MADE.**

.....

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;

**(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

ASSIMEDICI Srl
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.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

STEFFANO GROUP®

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

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?

- ☐ **RC Professionale;**
- ☐ **Tutela Giudiziaria;**
- ☐ **Infortuni;**
- ☐ **Altro** _____

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

MOD. ST001

ASSIMEDICI Srl
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.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

STEFFANO GROUP®