

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

Modulo Proposta per **TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO**

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: _____

Premio: _____

MASSIMALE

€ 30.000,00

MASSIMALE

€ 50.000,00

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

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 _____

MARCO ROSELLI

VIA APPIANO 16

ROMA - RM - 00136

Tel. 0639744481

info@rossellinsurace.it

ISCRIZIONE RUI: A000004583 - P. IVA: 17906341007

**Da inviare via fax allo: 02.23.36.91.11
unitamente al modulo di proposta**

Cognome	Nome		
Luogo	Prov.	Data di nascita	/ /
Telefono / cellulare	E-mail		
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Cod. Fiscale			
Ragione sociale Azienda / Ente			
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Telefono	Fax		
Recapiti corrispondenza preferiti : <input type="checkbox"/> personali		<input type="checkbox"/> aziendali	
Professione/specializzazione			
Ordine / Albo / Collegio di			
Numero di iscrizione	in data / /		

Richiede l'iscrizione all' Associazione C.S.M.M.

- AUTORIZZA il presidente dell'Associazione C.S.M.M. al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione C.S.M.M. tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 40,00** per l'anno in corso
- SI IMPEGNA a leggere lo Statuto dell'Associazione C.S.M.M. sul sito www.malpractice.it

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**
- **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

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