

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 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:	<input type="checkbox"/> 10 anni	<input type="checkbox"/> illimitata	
Massimale:	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00
<input type="checkbox"/> € 5.000.000,00			
Effetto		Scadenza	
<input type="checkbox"/> 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...

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

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

- 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	*	/ /

<p>PRECEDENTI COPERTURE:</p> <p>In continuità con precedente copertura: <input type="checkbox"/></p> <p>Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma: <input type="checkbox"/> <i>Società Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma.</i></p> <p>Senza continuità e senza postuma * <input type="checkbox"/></p> <p>Non ero assicurato * <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza:</i></p> <p>_____</p> <p><i>Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma:</i></p> <p>_____</p>
<p>CREDITI FORMATIVI (triennio formativo precedente):</p> <p>NON RICHIESTI PER GLI SPECIALIZZANDI</p>	<p>I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 66% al 99%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 46% al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> inferiore a 46%</p>
<p>Copertura di "Primo Rischio" <input type="checkbox"/></p> <p>Copertura di "Secondo Rischio" <input type="checkbox"/></p>	<p>MASSIMALE:</p> <p><input type="checkbox"/> €1.000.000,00 <input type="checkbox"/> €2.000.000,00 <input type="checkbox"/> €3.000.000,00 <input type="checkbox"/> €5.000.000,00 *</p> <p>* Per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia</p> <p>Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>
<p>Retroattività richiesta</p> <p>Copertura "Direttore Sanitario": SI <input type="checkbox"/> <i>Direzione sanitaria compresa se richiesta in fase di emissione con esclusione delle Strutture Sanitarie R.S.A, R.A., Case di Riposo</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 10 ANNI <input type="checkbox"/> ILLIMITATA</p> <p>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.</p>

SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

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

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

<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale o Medico Generico	<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu
<input type="checkbox"/> Medico Internista con atti invasivi	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Legale	<input type="checkbox"/> Tossicologo Ambientale
<input type="checkbox"/> Medico specializzando	<input type="checkbox"/> Urologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione	<input type="checkbox"/> Urologia

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

INFORMAZIONI:	
SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI (denunciati e/o risarciti):	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
N. sinistri (*) _____	
I. Data scoperta _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

II. Data scoperta _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

III. Data scoperta _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

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

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

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

- 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

- **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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunì; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> 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.

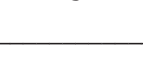
.....
L'intermediario  Il contraente

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