

POLIZZA RC STRUTTURE SANITARIE RESIDENZE SOCIO ASSISTENZIALI

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** o tramite email all'indirizzo corporate@assimedici.it
Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Ragione Sociale			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Anno di costituzione	Codice Ateco		
Tel.	Cellulare		
E-mail	Fax		
PEC			
Cod. Fiscale			
Partita IVA			
Attività svolta:			
<input type="checkbox"/> STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (R.S.A)			
<input type="checkbox"/> STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIO RESIDENZIALE (R.A.)			
<input type="checkbox"/> STRUTTURE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA RESIDENZIALE PER ANZIANI			
<input type="checkbox"/> STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI MENTALI, DISTURBI MENTALI O CHE ABUSANO DI SOSTANZE STUPEFACENTI			
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza Cyber allegando modulo adesione (Fatturato massimo € 2.000.000,00)			
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza Cyber			
Effetto		Scadenza	
MASSIMALE per sinistro € 2.000.000,00 per anno € 6.000.000,00			
IMPORTO TOTALE €			
Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:			
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario: Banco BPM – C/C Intestato Assimedici Srl IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 – Causale: Ragione Sociale			
<input type="checkbox"/> Carta di credito: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express			
Nr. _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _			
Scad. _ _ / _ _ CVV* _ _ _			
*Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito			
Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.			

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



Il Proponente

**QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA
RESIDENZE SOCIO ASSISTENZIALI**

DATI ASSICURATO

Ragione sociale _____
 Indirizzo _____
 Cap _____ Città _____ Pv _____
 Anno di costituzione _____ Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____
 PEC _____
 Cod. Fiscale | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |
 Partita Iva | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

Codice Ateco:

NUMERO PERSONALE SANITARIO

Medici:

Infermieri:

OSS/ASA/OSA:

Altro:

Direttore Amministrativo _____
 Tel. _____ Cell. _____
 E-mail _____

Direttore Sanitario _____
 Tel. _____ Cell. _____
 E-mail _____

Responsabile Coperture Assicurative _____
 Tel. _____ Cell. _____
 E-mail _____

Effetto | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | Scadenza | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

SELEZIONARE LE ATTIVITA' SVOLTE

- STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (R.S.A.)
- STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIO RESIDENZIALE (R.A.)
- STRUTTURE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA RESIDENZIALE PER ANZIANI
- STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI MENTALI, DISTURBI MENTALI O CHE ABUSANO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

MASSIMALE PER SINISTRO € 2.000.000,00 – MASSIMALE PER ANNO € 6.000.000,00

ASSIMEDICI Srl

SELEZIONARE LA FRANCHIGIA OPZIONALE DESIDERATA

FRANCHIGIA STANDARD MINIMA € 1.500,00

FRANCHIGIA € 2.500,00

FRANCHIGIA € 10.000,00

FRANCHIGIA € 5.000,00

FRANCHIGIA € 15.000,00

RETROATTIVITA'

10 ANNI

ILLIMITATA

INFORMAZIONI SUL FATTURATO

PREVENTIVATO/IN CORSO

EUR

I° ANNO PRECEDENTE

EUR

PRECEDENTI ASSICURATIVI

È ATTUALMENTE ASSICURATO PER I MEDESIMI RISCHI COPERTI DALLA PRESENTE POLIZZA?

SI

NO

COMPAGNIA

MASSIMALE

DECORRENZA

EFFETTO:

SCADENZA:

PREMIO ANNUO LORDO

EUR

È MAI STATA RIFIUTATA/ANNULLATA/DISDETTATA UNA POLIZZA PER I MEDESIMI RISCHI?

SI

NO

In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:

INFORMAZIONI SUI SINISTRI

SONO STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO O SONO STATE PROMOSSE AZIONI LEGALI TESE AD ACCERTARE LA RESPONSABILITA' DELL'ASSICURATO NEGLI ULTIMI 5 ANNI?

SI

NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL NUMERO DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO: _____

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - 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.

FORNIRE DI SEGUITO I DATI RELATIVI AI SINISTRI OCCORSI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

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

DICHIARAZIONI

- Il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività parziale o totale della garanzia assicurativa, nonché la cessazione della stessa, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- Il Proponente dichiara di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione, che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete, di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio, di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

Il Proponente _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di aver ricevuto e consultato il Set Informativo prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione e di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

Norme comuni

- Decorrenza dell'assicurazione
- Proroga dell'assicurazione, tacito rinnovo, facoltà di recesso e disdetta alla scadenza
- Assenza regolazione premio e adeguamento automatico del premio per le annualità successive alla prima
- Recesso in caso di sinistro
- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Aggravamento del rischio
- Altre assicurazioni
- Foro competente
- Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni (applicabile a tutte le garanzie)
- Cessione

Copertura Responsabilità Civile verso Terzi

- Rischi esclusi dalla assicurazione
- Scoperto o franchigia

Copertura - Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro

- Rischi esclusi dalla assicurazione
- Scoperto o franchigia

Copertura Responsabilità Civile Professionale

- Rischi esclusi dalla assicurazione
- Franchigia

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

- Obblighi dell'Assicurato / Aderente in caso di sinistro
- Gestione delle vertenze e costi di difesa

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ |

Il Proponente _____

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - 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.

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'Assicurato / Aderente non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non coerente" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dall'Assicurato / Aderente.

Informazioni anagrafiche dell'Assicurato/Aderente

Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
Attività Lavorativa _____
Sede Legale _____
Via _____ N. Civico _____ CAP _____ PROV _____

Esigenze assicurative dell'Assicurato/Aderente

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

Obblighi di legge/Impegni contrattuali Assenza di obblighi di legge/Assenza di impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

Lavorativo Extra-lavorativo

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato/Aderente necessita di una copertura assicurativa relativa all'attività Sanitaria o Sociosanitaria? Sì NO
- il potenziale Assicurato/Aderente è autorizzato all'esercizio dell'attività Sanitaria? Sì NO
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula Claims made, volta a tenere indenne l'Assicurato/Aderente dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Compagnia durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività decennale? Sì NO

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1, 2, 3 allora prodotto non coerente

- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Sanitaria o Sociosanitaria svolta attualmente? Sì NO
- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Sanitaria o Sociosanitaria svolta nel passato? Sì NO

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ai punti 5 o 6 allora prodotto non coerente

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? (se "NO" allora prodotto non coerente) Sì NO

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un Massimale per Sinistro e uno per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri? (se "NO" allora prodotto non coerente) Sì NO

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni nel rispetto della vigente normativa.

Data _____

Firma dell'Assicurato/Aderente _____

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - 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.

