ASSIMEDICI
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

una storia che continua...

QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA

POLIAMBULATORI

MODULO RACCOLTA DATI Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Ragione sociale contraente polizza_____
Indirizzo _____
Cap_____**Città**_____**Pv**_____
Tel._____**Fax**_____
E-mail _____
Cod. Fiscale _____
Partita Iva _____

Descrizione attività_____

Numero personale medico e non medico operante a qualsiasi titolo_____

Direttore Amministrativo _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Direttore Sanitario _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Responsabile Coperture Assicurative _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Effetto |___||___||_____| Scadenza |___||___||_____|

Il Proponente_____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

Il Proponente _____

Il Proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa.Il Proponente dichiara pertanto di avere ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

Luogo e data _____|___|___|_____|

Il Proponente _____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
Underwriting Agency S.r.l.
Ag. Gen. AmTrust Assicurazioni SPA
Viale San Michele del Carso 11
20144 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso le Compagnie:

AmTrust Assicurazioni SPA

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Eventuali polizze sottoscritte con la medesima compagnia inerenti il medesimo rischio saranno da Voi intermediate.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso:

le Compagnie del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Allegato alla lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi informiamo che le Compagnie sotto riportate sono da noi già state contattate direttamente e o per il tramite di altro intermediario

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vi comunichiamo pertanto di non richiedere analoga quotazione presso le sopra indicate compagnie.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

AmTrust **POLIAMBULATORI**

Linea Struttura Protetta

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*		LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA* / C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A	NAZIONE*
LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*	RECAPITO TELEFONICO
ULTIMO FATTURATO *			PEC*

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*		SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*		LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA* / C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A	NAZIONE*
LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*	RECAPITO TELEFONICO

1) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

AVVERTENZA: la Garanzia Base Responsabilità Civile e Professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO) è sempre inclusa.

2) Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:

☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale ☐ Temporaneo

3) Attività di radiologia

L'attività da assicurare comprende lo svolgimento di Attività di Radiologia?

☐ NO ☐ SÌ

4) Attività di Ginecologia e/o Fecondazione Assistita

L'attività da assicurare comprende lo svolgimento di attività di Ginecologia e/o Fecondazione Assistita?

☐ NO ☐ SÌ

5) Attività di Diagnostica Invasiva

L'attività da assicurare comprende lo svolgimento di Attività diagnostica invasiva?

☐ NO ☐ SÌ

6) Attività svolta esclusivamente presso Terzi

L'attività da assicurare viene svolta esclusivamente presso Terzi?

☐ NO ☐ SÌ

7) Attività Invasive minori

Vengono svolte attività invasive minori, come definite nelle Condizioni di Assicurazione, per le quali si desidera estendere la copertura con sovrappremio?

☐ NO ☐ SÌ

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

AVVERTENZA: qualora risposto "SI" vi è l'obbligo di acquisto Massimale per sinistro € 2.000.000 al successivo punto 9.

8) Attività da meno di 5 anni
L'attività da assicurare è svolta da meno di cinque anni dalla data di decorrenza della presente Polizza?

☐ NO ☐ SÌ

9) Selezionare il Massimale per Sinistro per l'attività libero professionale svolta:

☐ € 1.000.000 ☐ € 2.000.000 ☐ € 3.000.000 ☐ € 5.000.000

AVVERTENZA: Il Massimale per sinistro di € 1.000.000 non è acquistabile se risposto "SI" alla domanda "L'attività da assicurare comprende lo svolgimento di attività di Ginecologia e/o Fecondazione Assistita?" e/o se risposto "SI" alla domanda "L'attività da assicurare comprende lo svolgimento di Attività diagnostica invasiva? e/o se risposto "SI" alla domanda "Vengono svolte attività invasive minori, come definite nelle Condizioni di Assicurazione, per le quali si desidera estendere la copertura con sovrappremio?".

10) Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri
Il Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri verrà valorizzato in automatico e seguirà il seguente schema:

Valore Massimale per Sinistro selezionato	Valore Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri
€ 1.000.000	€ 3.000.000
€ 2.000.000	€ 6.000.000
€ 3.000.000	€ 9.000.000
€ 5.000.000	€ 15.000.000

11) Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ 10 anni ☐ Illimitata

12) Sinistrosità dell'Assicurato

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

☐ NO ☐ SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA (1): in caso di risposta affermativa per un numero di sinistri inferiore o pari a 10, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo "**Allegato 1" - "Sinistri pregressi".**
AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € 75.000,00, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.
AVVERTENZA (3): in caso di un numero di sinistri superiore a 2 è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

13) Franchigia Facoltativa

AVVERTENZA: solo qualora non siano presenti sinistri pregressi (vedere precedente punto) è possibile selezionare una delle seguenti Franchigie Facoltative, che verrà applicata su ogni sinistro denunciato.
La scelta dell'applicazione di una franchigia comporta una diminuzione della tariffa.

Importo Franchigia	Selezione Franchigia
€ 2.500,00	
€ 5.000,00	
€ 10.000,00	

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Importo Franchigia	Selezione Franchigia
€ 15.000,00	
€ 20.000,00	
€ 25.000,00	

GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI A PAGAMENTO (FACOLTATIVE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO SELEZIONATO)

Selezionare la Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimite di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	Garanzia acquistata
Responsabilità personale professionale del personale in regime libero professionale	Massimale di Polizza	

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li _____/_____/_____ *Il Contraente_____*

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art.13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE n. 2016/679 (di seguito anche "GDPR" o "Regolamento") tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. Le basi giuridiche del trattamento sono: i) l'esecuzione di misure precontrattuali, ii) l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e iii) l'interesse legittimo del Titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali, che in ogni caso può in qualsiasi momento consultare alla pagina "privacy" del sito internet del Titolare: www.amtrust.it. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno conservati per 12 mesi dall'emissione della proposta.

La normativa sulla privacy (artt. 15 e ss. del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante (www.garanteprivacy.it), ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____, *li*__/__/_____ *Il Contraente*_____

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Allegato 1 - Sinistri pregressi

Indicare l'ammontare totale pagato per la **totalità dei sinistri dichiarati**:

☐ Minore di € 75.000,00
☐ Maggiore o uguale a € 75.000,00

AVVERTENZA: qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia maggiore o uguale a € 75.000,00, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

I° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Primo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Primo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Primo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Primo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Primo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Primo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

II° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Secondo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Secondo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Secondo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Secondo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

III° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Terzo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Terzo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Terzo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Terzo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Terzo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Terzo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

IV° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quarto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quarto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Quarto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Quarto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quarto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Quarto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

V° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quinto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quinto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Quinto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Quinto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quinto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

- Quinto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VI° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Sesto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Sesto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Sesto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Sesto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Sesto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Sesto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Settimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Settimo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Settimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Settimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Settimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Settimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VIII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Ottavo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Ottavo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Ottavo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Ottavo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Ottavo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Ottavo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

IX° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Nono sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Nono sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Nono sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Nono sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Nono sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Nono sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Decesso (Sì / No): _____

X° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Decimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Decimo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Decimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Decimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Decimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Decimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

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 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/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.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
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001