

POLIZZA RC STRUTTURE SANITARIE POLIAMBULATORI/STUDI ODONTOIATRICI

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.	
Data di costituzione	Codice Ateco
Tel.	Cellulare
E-mail	Fax
PEC	
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Attività svolta:	
☐ POLIAMBULATORIO – AMBULATORIO SPECIALISTICO	
☐ STUDIO ODONTOIATRICO	
☐ Aggiungo alla proposta la polizza Cyber allegando modulo adesione (Fatturato massimo € 2.000.000,00)	
☐ 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:	
☐ Bonifico bancario: Banco BPM – C/C Intestato Assimedici Srl IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 – Causale: Ragione Sociale	
☐ Carta di credito: ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ 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
POLIAMBULATORI/STUDI ODONTOIATRICI**

DATI ASSICURATO

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ **Pv** _____

Data di costituzione _____ **Tel.** _____ **Fax** _____

E-mail _____

PEC _____

Cod. Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Partita Iva | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Codice Ateco:**NUMERO PERSONALE SANITARIO**

Medici:

Odontoiatri:

Sanitari non medici:

Altro:

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

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

Responsabile Copertura Assicurativa _____
Tel. _____ **Cell.** _____
E-mail _____

Effetto	_____	_____	_____	Scadenza	_____	_____	_____
---------	-------	-------	-------	----------	-------	-------	-------

SELEZIONARE LE ATTIVITA' SVOLTE

☐ POLIAMBULATORIO – AMBULATORIO SPECIALISTICO

 STUDIO ODONTOIATRICO

 MASSIMALE PER SINISTRO € 2.000.000.00 – MASSIMALE PER ANNO € 6.000.000.00

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
1° 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
<u>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</u>		

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: _____		
TRA I SINISTRI SEGNALATI E' PRESENTE ALMENO UN EVENTO CON ESITO MORTALE?		☐ SI ☐ NO

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

DATA DENUNCIA	DATA EVENTO	BREVE DESCRIZIONE	IMPORTO LIQUIDATO/RISERVATO
TOTALE EURO			

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 disdetta alla scadenza
- Assenza di regolazione premio e adeguamento automatico 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
- Cessione

Copertura Responsabilità civile verso terzi

- Rischi esclusi dall' assicurazione
- Scoperto o franchigia

Copertura Responsabilità civile verso prestatori di lavoro

- Rischi esclusi dall' assicurazione
- Scoperto o franchigia

Copertura Responsabilità civile professionale

- Rischi esclusi dall' assicurazione
- Franchigia

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

- Obblighi dell'Assicurato/Aderente in caso di sinistro
- Esagerazione dolosa – Clausola risolutiva espressa
- 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

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.

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:

1. il potenziale Assicurato/Aderente necessita di una copertura assicurativa relativa all'attività Sanitaria o Sociosanitaria? ☐ Sì ☐ NO
2. il potenziale Assicurato/Aderente è autorizzato all'esercizio dell'attività Sanitaria? ☐ Sì ☐ NO
3. 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

5. si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Sanitaria o Sociosanitaria svolta attualmente? ☐ Sì ☐ NO
6. 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 _____

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 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