

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

## MODULO PROPOSTA RC DEL PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN

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		
Massimale:		
<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <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:** 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 \_\_\_\_\_

## Responsabilità civile del Personale Dipendente del SSN Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

“Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave”(Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

**1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE**

1.A Nome  1.B Cognome

1.C Città  1.D Provincia  1.E CAP

1.F Indirizzo  1.G Codice Fiscale

1.H Denominazione Ente di Appartenenza

1.I Telefono cellulare +39  1.J Indirizzo email

**2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI**

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

2.B Assicuratori  2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia  2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale

**3. CONDIZIONI DI POLIZZA**

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo) € 2.500.000  € 5.000.000

3.B Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro) ZERO

3.C Indicare il periodo di **retroattività** richiesto 10 ANNI

**4. SINISTROSITÀ PREGRESSA**

4.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

4.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?

**!** In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Claims Information Sheet - Modulo Informazioni Sinistro)

**DICHIARAZIONE**  
Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;

b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;

c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;

d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;

**!** di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |   |  |
|---|--|
| Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato  | Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)                         | Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro         |
| Art. 10 - Esclusioni  | Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro               |
| Art. 16 - Cessazione del Contratto - Clausola della proroga automatica dell'assicurazione | Art. 22 - Clausola Broker/Agente di assicurazione              |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data

**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 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo della/e polizza/e richiesta/e 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 dal 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 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....  
**Il contraente/assicurato**

**Set informativo della/e polizza/e richiesta/e di cui al Regolamento IVASS n. 41**

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo della/e polizza/e richiesta/e.**

.....  
**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 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**