ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

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

MODULO PROPOSTA COLPA GRAVE 5.0

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: 10 anni

Massimale:
☐ € 500.000,00 ☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.500.000,00 ☐ € 5.000.000,00

Effetto | | | | Scadenza | | | |

☐ Desidero ricevere una FAD gratuita con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy

☐ **Aggiungo** la tutela legale REVO senza attività invasive e chirurgiche **€ 120,00**
☐ **Aggiungo** la tutela legale REVO con attività invasive e chirurgiche **€ 160,00**
☐ **Rinuncio** alla tutela legale REVO

- Massimale difesa penale per sinistro € 50.000,00 (limite di € 16.000,00 per ogni grado di giudizio)
- Massimale per chiamata in causa dell'azienda sanitaria € 5.000,00
- Massimale per responsabilità davanti alla Corte dei Conti € 25.000,00
- Massimale per difesa contro i provvedimenti disciplinari € 1.000,00

IMPORTO TOTALE €

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:
☐ **Bonifico bancario:** BANCO BPM C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 O 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*_____

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

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

MODULO DI PROPOSTA

Soluzione riservata
CS Medical Malpractice

Polizza di Responsabilità per Colpa Grave dei Medici e Professionisti Sanitari presso Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Pubbliche e Private

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Effetto |___| |___| |_____| Scadenza |**30**| |**11**| |_____|

La polizza avrà efficacia dalla data sopra indicata se il pagamento sarà effettuato entro tale data, diversamente avrà efficacia dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare	
E-mail		
PEC		
Cod. Fiscale	| | | | | | | | | | | | | | | |	
P. Iva	| | | | | | | | | | |	
Data di nascita | | | |	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di	Iscrizione Nr.	

ATTIVITA' PROFESSIONALE

A quale ambito appartiene la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria presso la quale svolge l'Attività Professionale? ☐ Pubblico ☐ Privato ☐ Entrambi

A quale categoria di rischio appartiene? (selezionabile più di una categoria – il premio applicato sarà quello relativo alla categoria di maggiore rischio)

☐ A) Dirigente Medico / Assistente Medico / Medici in rapporto di libera professione

☐ A1) Direttore Medico di struttura semplice o complessa / Medico Primario - Aiuto Primario / Responsabile di Unità Operativa

☐ B) Medico Contrattista / Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale

☐ C) Dirigente Sanitario non Medico / Specializzando / Personale Universitario Convenzionato

☐ D) Direttore Socio Sanitario / Direttore medico di Presidio

☐ E) Personale Sanitario non Medico e non Dirigente / Farmacista (massimali selezionabili € 500.000 e € 1.000.000)

Massimale richiesto: **Retroattività: 10 anni**

☐ **€ 500.000,00** ☐ **€ 1.000.000,00** ☐ **€ 2.500.000,00** ☐ **€ 5.000.000,00**

È richiesta l'attivazione dell'appendice:

A) Clausola di Continuità: ☐ **SI** ☐ **NO** B) Clausola di Responsabilità Solidale: ☐ **SI** ☐ **NO**

Compagnia: Lloyd's Insurance Company SA

DICHIARAZIONI

In quali Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie viene svolta l'Attività Professionale?
(indicazione non limitativa)

_____

In quale provincia viene svolta prevalentemente l'Attività Professionale?

_____

Il sottoscritto dichiara che le informazioni rese in questo Modulo di Proposta sono vere e che non è stato esposto erroneamente o omesso alcuni fatto rilevante.

Il sottoscritto accetta che questo Modulo di Proposta, unitamente con eventuali altre informazioni fornite, sia parte integrante del Contratto di Assicurazione che ne consegua.

Il sottoscritto si impegna ad informare l'Assicuratore di ogni eventuale variazione a tali informazioni che possa intervenire prima del perfezionamento del Contratto di Assicurazione.

La sottoscrizione della presente proposta non impegna l'Assicuratore ed il Proponente a stipulare il contratto

Data ___/___/_____ **Luogo**_____ **Firma:** _____

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