Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Polizza di Assicurazione RC Professionale per **MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA** Soluzioni A.R.I.T.M.I.A.

Contraente			
Indirizzo			
Cap	Città		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale			
Partita IVA			
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.
Specializzazione			
Iscritto all'Ordine di			Iscrizione Nr.

☐ Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus** allegando il modulo di adesione

Capitale Assicurato: ☐ **€ 100.000,00** ☐ **€ 200.000,00**

☐ Rinuncio alla polizza **3Virus**

Aggiungo alla proposta la polizza di **Tutela Legale** allegando il modulo di adesione

Massimale: ☐ **€ 30.000,00** ☐ **€ 50.000,00**

☐ Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Effetto | | | | Scadenza | | | | Prima Rata | | | |

L'importo della quota associativa **ARITMIA** per l'anno in corso è di **€ 40,00**

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

MASSIMALE €	Per anno e per sinistro
IMPORTO TOTALE	€

Luogo e data della sottoscrizione _____ , *il* ___ | ___ | _____

_____

Il Proponente

Broker & Training Insurance dal 1992

CECCHIN BROKER & TRAINIG
VIA DON PAVIOLO 2
SETTIMO TORINESE - TORINO - 10036
Tel. 0118001232 Fax. 0118010819
info@cecchinbroker.it
ISCRIZIONE RUI: B000027265 - P. IVA: 06150460019

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

Avviso importante

I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Società i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal Proponente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del contratto. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.

III. L'assicurazione è prestata nella forma "**claims made**", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente/Assicurato

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M☐ F☐	E-MAIL*	
INDIRIZZO*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A	ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

*CAMPI OBBLIGATORI

1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

☐ Non è mai stato assicurato

☐ È già stato assicurato con:

IMPRESA ASSICURATRICE	PERIODO DI ASSICURAZIONE	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
	ANNUALITA' IN CORSO		
	PRIMO ANNO PRECEDENTE		
	SECONDO ANNO PRECEDENTE		

Indicare con una X se:

- È mai stata disdettata la polizza per sinistro: ☐ SI' ☐ NO
- È mai stato rifiutato il rinnovo della polizza: ☐ SI' ☐ NO

2) Massimale e Periodo di Retroattività

Indicare il Massimale richiesto tra:

☐ 1 Milioni ☐ 2 Milioni ☐ 3 Milioni

Indicare il Periodo di Retroattività richiesto tra:

☐ No retroattività ☐ 1 anno ☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 10 anni ☐ Illimitata

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 Marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività.
La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di Assicurato al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

3) Qualifica del Proponente/Assicurato (è necessario contrassegnare con una X tutte le attività che si intende assicurare ed includere nella copertura)

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
1	Medicina di base (con Attività Invasiva)*	
	Ortodontista	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività invasiva	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva	
	Endocrinochirurgia	
	Medicina d'Urgenza e 118	
	Pneumologia con attività invasiva	
	Medicina interna con attività invasiva	
	Malattie infettive con attività invasiva	
	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica	
	Radiologia Interventista e neuroradiologia	
	Neurologia con atti invasivi	
	Terapia del dolore con atti invasivi	
4	Andrologia con attività chirurgica	
	Cardiologia interventistica	
	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi	
	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
5	Urologia	
	Oncologia e Senologia	
	Gastroenterologia	
	Chirurgia pediatrica	
	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva	
6	Ematologia con attività invasiva	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
	Medicina estetica con attività invasiva	
7	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)	
	Chirurgia Generale	
	Chirurgia addominale	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
8	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)	
	Cardiochirurgia	
	Angiologia	
	Chirurgia Ricostruttiva	
9	Pediatria con neonatologia e TIN	

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	Mettere X
1	Audiologia	
	Psicologia Clinica	
	Scienze dell'alimentazione	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
	Medicina Termale	
	Malattie Tropicali	
	Neuropsichiatria infantile	
	Medicine non convenzionali e osteopatiche	
	Igiene degli alimenti	
2	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia e Immunologia clinica	
	Igiene e medicina preventiva	
	Medicina Aeronautica e spaziale	
	Terapia del dolore e cure palliative	
3	Ematologia e Medicina Trasfusionale	
	Dermatologia- Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia e Flebologia	
	Geriatria	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
	Psichiatria	
	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
	Reumatologia	
	Pediatria senza neonatologia	
	Medicina di comunità	
	Biochimica Clinica	
	Medicina Nucleare	
	Genetica Medica	
	Farmacia Ospedaliera	
	Fisica Medica	
4	Pneumologia	
	Diabetologia e malattie del metabolismo	
	Endocrinologia e malattia del ricambio	
	Neurofisiopatologia	
	Farmacologia	
	Neurologia	
	Medicina fisica riabilitativa	
	Medicina interna	
	Medicina dello sport	

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia della mano	
	Chirurgia d'urgenza e 118	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
13	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	

NOTA: *

1) **Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale .**
2) **Attività invasiva: Quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici.**

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	Mettere X
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
	Radiodiagnostica (no mammografia)	
6	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni	
	Radiodiagnostica con mammografia	
7	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	
	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva senza attività invasiva	
8	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	

4) Precisazioni inerenti l'attività professionale svolta

- Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta?_____(scrivere il numero di anni);
- Indicare il regime professionale in cui si esercita la propria attività professionale:

☐ Dipendente pubblico; ☐ Dipendente privato; ☐ Libero Professionista;

5) Sinistrosità del Proponente/Assicurato

5.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti Richieste di Risarcimento

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

5.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati, di cui ai punti 5.1 e 5.2, si invita il Proponente/Assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente Modulo di Proposta e di cui forma parte integrante.

6) Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

7) *Dichiarazioni del Proponente/Assicurato*

- Il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla sottoscrizione della Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
- Il proponente /Assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1.1 lettera b.1) – Forma ed efficacia della Assicurazione; Art. 6.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8 – Effetto e durata della Polizza; Art. 9.1 – Recesso per sinistro; Art. 16 – Variazioni contrattuali a scadenza.
- **Presa visione Privacy per finalità assicurative**. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'Allegato 3 - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e l'Allegato 4 - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della proposta, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative, comprensivo delle eventuali dichiarazioni di cui all'Art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 /2018.
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Set Informativo (AmTrust Doctors Silver - Ed. 12/2019).**
- Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.
- E' consentito il frazionamento semestrale del Premio con oneri pari al 3% del Premio stesso, per importi superiori ad Euro 5.000,00.
- I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: denaro contante, assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato nelle Condizioni di Assicurazione.

- **AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Luogo:_____ Data:_____ Firma del Proponente/Assicurato_____

AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00
Rappresentanza Generale per l'Italia:
Via Clerici, 14 • 20121 Milano
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO[1]

La presente scheda non deve essere compilata in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 5.1 e 5.2 della proposta

1) Indichi il medico la data e la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 5.1. e 5.2 del questionario:

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA*

*CAMPO OBBLIGATORIO

☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo; specificare l'ammontare richiesto: € _____;
☐ Atto di Citazione;
☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c;
☐ La notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale;
☐ Ricevimento di istanza di mediazione.

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per_____
- Altro_____
- Ruolo svolto dall'Assicurato_____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)_____

B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento:_____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento:_____
- Età del paziente:_____
- Data dell'evento:_____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato:_____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente:_____
- Chiamata in causa dell'Azienda Sanitaria insieme al proponente/assicurato si no
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica:_____%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ali fini della stipula della polizza:

C) Fase procedimentale

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:
Imputazione:_____

Stato e grado del procedimento:_____

[1] **La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 5.1. e 5.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.**

AMTRUST Doctors SILVER

Modulo di Proposta
Assicurazione per la Responsabilità Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale si sia concluso**, indichi il medico l'esito dello stesso:

☐ Condanna a *(specificare)*_____
☐ Patteggiamento *(specificare)*_____
☐ Sentenza di assoluzione
☐ Proscioglimento
☐ Non luogo a procedere
☐ Prescrizione
☐ Amnistia e indulto
☐ Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi elencati al punto A) 1, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate:_____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust International Underwriters DAC.
Infine, il Proponente/Assicurato riconosce 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.

Nome:_____Cognome:_____

Data:_____Firma:_____

Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Modulo proposta TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO

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.	

☐ Medico dipendente pubblico con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.
☐ Medico dipendente pubblico specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.
☐ Medico specializzando / giovane medico.
☐ Medico libero professionista che non svolge attività invasive nè interventi chirurgici.
☐ Medico libero professionista che svolge attività invasive ma non interventi chirurgici.
☐ Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.
☐ Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.
☐ Medici Dentisti e Odontoiatri.
☐ Personale sanitario non medico con esclusione di ostetriche.
☐ Ostetriche.

Effetto	Scadenza	
MASSIMALE €		Per anno e per sinistro
IMPORTO TOTALE	**€**	

Luogo e data della sottoscrizione _____ , *il* ___ | ___ | _____

_____
Il Proponente

Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

Contraente			
Indirizzo			
Cap	Città		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale			
Partita Iva			
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.
Specializzazione			
Iscritto all'Ordine di		Nr	
Azienda			
Indirizzo			
Cap	Città		Prov.
Tel.	Fax		

☐ **Massimale € 100.000,00**	**Importo totale € 25,00**
☐ **Massimale € 200.000,00**	**Importo totale € 50,00**

Effetto* | | | | | Scadenza | | | | |

* La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Luogo e data_____ | ____ | ____ | ____ | _____

(Firma del contraente)

Broker & Training Insurance dal 1992

CECCHIN BROKER & TRAINIG
VIA DON PAVIOLO 2
SETTIMO TORINESE - TORINO - 10036
Tel. 0118001232 Fax. 0118010819
info@cecchinbroker.it
ISCRIZIONE RUI: B000027265 - P. IVA: 06150460019

A.R.I.T.M.I.A.
Associazione Ricerca Italiana
Tutela Medici Ingiustamente Accusati

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE ARITMIA

Da inviare via fax allo: 02.89.78.68.55
unitamente al modulo di proposta

Cognome	Nome	
Luogo	Prov	Data di nascita
Telefono/Cellulare	E-mail	
Indirizzo		Cap
Città		Prov.
Cod. Fiscale		
Ragione sociale Azienda / Ente		
Indirizzo		Cap
Città		Prov.
Telefono	Fax	
Recapiti corrispondenza preferiti:	☐ Personali	☐ Aziendali
Professione / specializzazione		
Ordine / Albo /Collegio di		
Numero di iscrizione		in data

Richiede l'iscrizione all'Associazione ARITMIA

- AUTORIZZA l'Associazione ARITMIA al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione ARITMIA tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 40,00** per l'anno in corso

Data_____ Firma_____

ARITMIA
20123 Milano via San Vincenzo 3
CF: 97399630157
www.aritmia.eu

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- **Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti** (Allegati 3 e 4)**.**
- **Adeguatezza dei contratti offerti.**
- **Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.**
- **Fascicolo informativo**

.....

Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....

Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....

Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:
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 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 di quelli già ricevuti 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

UA Underwriting Agency S.r.l.
20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 - Tel. **+39 02.89.78.68.11-** Fax +39 02.89.78.68.55
Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27
www.underwriting.it - info@underwriting.it - PEC info@uaunderwritingagency.eu
Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016
Numero Verde 800-119330

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

> se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
> se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____

Indirizzo/Sede Legale _____

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

☐ **RC Professionale;** ☐ **Infortuni;**
☐ **Tutela Giudiziaria;** ☐ **Altro** _____

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? _____

_____

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? ☐ **SI** - ☐ **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? ☐ **SI** - ☐ **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? ☐ **SI** - ☐ **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto ☐ **SI** - ☐ **NO**

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza _____

_____

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

MOD. ST001

UA Underwriting Agency S.r.l.
20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 - Tel. **+39 02.89.78.68.11-** Fax +39 02.89.78.68.55
Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27
www.underwriting.it - info@underwriting.it - PEC info@uaunderwritingagency.eu
Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016
Numero Verde 800-119330