ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

assiSANITÀ®

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

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

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 ☐ illimitata
Massimale:
☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00
Effetto | | | | Scadenza | | | |
☐ 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 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*_____

dal 1928... una storia che continua...

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - **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
STEFFANO GROUP®

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria Italiana di
Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Sede Legale: 4th Floor, 8 Fenchurch Place,
London, EC3M 4AJ, United Kingdom
Capitale Sociale Interamente Versato: US$ 432.997.752
Autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority
N° di riferimento PRA / FCA 202967
Registrata in Inghilterra e Galles, N° di Registrazione Società: 3230337
Numero VAT: 656897271

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Italia, 13 20122 Milano (MI), Italia
Fondo di Dotazione Interamente Versato € 92.100.000
Iscritta in data 11.5.2021 con N° 2.00005 nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008 | Codice IVASS Impresa: X501R
R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano N° 1945358
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano,
Codice Fiscale e Partita IVA: 07234060965

MODULO DI ADESIONE

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO
R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente all'Aderente persona fisica che intende assicurarsi, nella forma "*Claims Made*", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

***Campi obbligatori**

Intermediario Assicurativo	❒ **NO**	❒ **SI**	*Ragione Sociale **

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA
Campi obbligatori

Ragione Sociale	*	
Partita IVA	*	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località – Provincia - Stato)	*	
Indirizzo E-mail	*	
Indirizzo PEC	*	
N. Telefono - N. Fax	*	*Telefono:* *Fax:*

ADERENTE ALLA POLIZZA COLLETTIVA
Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	*Data: / /* *Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____* *Luogo:*
Residenza	*	*Indirizzo:* *N. Civico:* *C.A.P.:* *Comune:* *Provincia:* *Stato:*
Indirizzo E-mail personale [1] – PEC *1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata*	*	*E-mail pers.:* *PEC:*
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	*N. Tel:* *N. Fax:* *N. Cell:*
Iscritto all'Ordine della provincia di … / N° Iscrizione	*	*Ordine della provincia di* */ N°*
Data iscrizione all'Ordine	*	*Data: / /* *Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____*
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	*Data: / /*
Data di decorrenza richiesta	*	*Data: / /* *(Ore 00:01 – 24:00 in base alla Polizza Collettiva di riferimento)*

NEOLAUREATO: L'Aderente ha meno di anni 34 (trentaquattro) ed è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro)? ❒ **SI** ❒ **NO**

SPECIALIZZANDO: L'Aderente è uno Specializzando con meno di anni 34 (trentaquattro)? ❒ **SI** ❒ **NO**

MEDICO UNDER 35: L'Aderente ha meno di anni 36 (trentasei)? ❒ **SI** ❒ **NO**

***ATTENZIONE**: La scontistica denominata "MEDICO UNDER 35" non è applicabile a Neolaureati e Specializzandi.*
***ATTENZIONE**: Per richiedere la copertura "Neolaureato" oppure "Specializzando" selezionare l'omonimo campo nella tabella alla sezione denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALIZZAZIONI MEDICHE ASSICURABILI".*

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

BERKSHIRE HATHAWAY INSURANCE LIMITED AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2

A) L'Aderente è componente di uno Studio Associato? ❒ **SI** ❒ **NO**

*Ai sensi dell'Art. 26 delle Condizioni di **Assicurazione** le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con la **Polizza Collettiva** per cui si richiede copertura con il presente **Modulo di Adesione**. In caso contrario l'**Assicurato** disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale. Si segnala pertanto che dovrà essere compilato il **Modulo di Adesione** per tutti i componenti dello Studio Associato.*

A.1) Se la risposta è NO, si richiede di indicare il proprio numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti: _____

*Una volta indicato il numero di dipendenti, non rispondere alle sezioni A.2, A.3 e A.4 e continuare la compilazione del presente **Modulo di Adesione** a partire dalla sezione B.*

A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale dello Studio Associato		
Partita IVA / Codice Fiscale		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località – Provincia - Stato)		
Indirizzo E-mail – Indirizzo PEC	*E-mail:*	*PEC:*
N. Telefono - N. Fax	*Telefono:*	*Fax:*
Nr. degli Associati componenti lo Studio		
*Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la **Polizza Collettiva** per cui si sta aderendo*		
Nr. Dipendenti dello Studio		

A.3) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:

a) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

❒ **CONFERMO** ❒ **NON CONFERMO**

***ATTENZIONE:** Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione*

b) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

❒ **CONFERMO** ❒ **NON CONFERMO**

***ATTENZIONE:** Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione*

A.4) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore dell'Aderente ❒ **SI** ❒ **NO**

B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? [1,2] ❒ **SI** ❒ **NO**

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge all'Aderente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale della Struttura		
Partita IVA / Codice Fiscale		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località – Provincia - Stato)		
Indirizzo E-mail – Indirizzo PEC	*E-mail:*	*PEC:*
N. Telefono - N. Fax	*Telefono:*	*Fax:*

B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:

a) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

❒ **CONFERMO** ❒ **NON CONFERMO**

***ATTENZIONE:** Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione*

b) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

❒ **CONFERMO** ❒ **NON CONFERMO**

***ATTENZIONE:** Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione*

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

B.3) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore dell'Aderente ❒ **SI** ❒ **NO**

PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura *(selezionare l'opzione pertinente)*:

❒ **In continuità con precedente copertura**
Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

❒ **Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma**
Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

❒ **Senza continuità e senza postuma**

❒ **Non ero assicurato**

COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? ❒ **SI** ❒ **NO**

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway? ❒ **SI** ❒ **NO**

In caso di risposta affermativa indicare:
Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____
Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: _____/ _____/ _____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: _____/ _____/ _____

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? ❒ **SI** ❒ **NO**

In caso di risposta affermativa indicare:
Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____
Data di Decorrenza della copertura: _____/ _____/ _____ Data di Scadenza della copertura: _____/ _____/ _____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (*Non richiesto per gli Specializzandi*)**:**

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? ❒ **SI** ❒ **NO**

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

❒ **€ 1.000.000,00** ❒ **€ 2.000.000,00** ❒ **€ 3.000.000,00** ❒ **€ 5.000.000,00** *(per l'opzione massimale Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)*

2. RETROATTIVITÀ:

❒ **10 ANNI** ❒ **ILLIMITATA** *(con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)*

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

❒ *Copertura di* **"Primo Rischio"** ❒ *Copertura di* **"Secondo Rischio"**

4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) L'Aderente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? **SI** ❒ **NO** ❒

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura[1]? **SI** ❒ **NO** ❒

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:
Nome Struttura: _____, Località: _____
_____

In caso di risposta affermativa al punto b) precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura **"Direttore Sanitario"** in **R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza** **SI** ❒ **NO** ❒

In caso di risposta affermativa al punto c) indicare:

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

Nome Struttura: _____, Località: _____
_____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specialità Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

Specialità Mediche Assicurabili NON INVASIVE

❑	Allergologo ed Immunologia Clinica	❑	Medico Terapista della respirazione
❑	Amministratore di Struttura Sanitaria	❑	Microbiologia/Virologia
❑	Analista al microscopio	❑	Musico Terapista
❑	Anatomia patologica	❑	Naturopata / Nutripuntore
❑	Andrologia senza int. chir.	❑	Nefrologo
❑	Anestesia e rianimazione	❑	Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)
❑	Angiologo	❑	Neurofisiopatologo
❑	Assistente di Oftalmologia	❑	Neurologo
❑	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	❑	Neuropsichiatra infantile
❑	Audiologo	❑	Neuropsichiatria
❑	Biochimica e chimica clinica	❑	Oculistica senza interventi chirurgici
❑	Biologo	❑	Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
❑	Bionaturopata	❑	Omeopata
❑	Cardiologia	❑	Oncologia senza interventi chirurgici
❑	Chiropratico	❑	Operatore Socio-Sanitario
❑	Consulente della riabilitazione	❑	Optometrista
❑	Cosmetologo	❑	Ortesista/Protesista
❑	Dermatologo e Venereologo	❑	Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
❑	Diabetologo	❑	Ortopedista
❑	Dietologo/Nutrizionista/Dietista	❑	Ortottista
❑	Dottore in Farmacia	❑	Osteopata
❑	Ematologia senza attività invasive	❑	Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
❑	Endocrinologo e malattie del ricambio	❑	Patologo clinico

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

❑	Epatologo	❑	Pedagogista
❑	Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	❑	Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
❑	Erborista	❑	Perfusionista
❑	Estetista	❑	Personal trainer
❑	Farmacia Ospedaliera	❑	Pneumologia senza attività invasiva
❑	Farmacologia	❑	Podologo
❑	Fisiatra	❑	Pranoterapeuta
❑	Fisico Medico	❑	Psichiatria
❑	Fisioterapista	❑	Psicoanalista
❑	Foniatra	❑	Psicologo/Psicologo Clinico
❑	Gastroenterologia	❑	Psicoterapeuta
❑	Geriatra	❑	Radiodiagnostica (no mammografia)
❑	Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	❑	Radiologia (non invasiva)
❑	Igienista dentale	❑	Reumatologo
❑	Immunologo	❑	Riflessologo
❑	Infermiere	❑	Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
❑	Infettivologo	❑	Sonografista/Ecografista
❑	Informatore scientifico della salute	❑	Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)
❑	Ingegnere biomedico	❑	Tecnico Addetto di Farmacia
❑	Kinesiologo	❑	Tecnico Audiometrista
❑	Logopedista	❑	Tecnico Audioprotesista
❑	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	❑	Tecnico degli ultrasuoni
❑	Malattie infettive e tropicali	❑	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
❑	Massofisioterapista	❑	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
❑	Massoterapista	❑	Tecnico di medicina nucleare
❑	Medicina Aeronautica e spaziale	❑	Tecnico di Neurofisiopatologia
❑	Medicina del lavoro	❑	Tecnico ECG
❑	Medicina di comunità	❑	Tecnico nell'Alimentazione Dietetica
❑	Medicina estetica	❑	Tecnico Ortopedico
❑	Medicina interna	❑	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
❑	Medicina nucleare	❑	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
❑	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	❑	Terapista del lavoro
❑	Medico codificatore di storia clinica del paziente	❑	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
❑	Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	❑	Terapista Occupazionale
❑	Medico dello sport	❑	Terapista Shiatsu
❑	Medico di Medicina Generale o Medico Generico	❑	Tossicologo
❑	Medico Internista	❑	Urologia (No attività invasive)
❑	Medico Legale		

Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

❑	Anestesia e rianimazione con attività invasiva	❑	Medico d'urgenza e 118
❑	Cardiologia interventistica	❑	Nefrologia con attività invasiva
❑	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)	❑	Neurologia con atti invasivi
❑	Ematologia con attività invasive	❑	Ortodontista
❑	Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	❑	Ortopedia (chirurgia minore)
❑	Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	❑	Pediatria (chirurgia minore)
❑	Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	❑	Pneumologia con attività invasiva
❑	Malattie infettive con attività invasiva	❑	Radiodiagnostica con mammografia
❑	Medicina Generale (chirurgia minore)	❑	Radiologia interventistica

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

❑	Medicina Generale con attività invasiva	❑	Senologia
❑	Medicina interna con attività invasiva	❑	Terapia del dolore con atti invasivi

Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

❑	Andrologo con attività chirurgica	❑	Gastroenterologia (atti invasivi non minori)
❑	Angiologia con interventi chirurgici	❑	Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
❑	Cardiochirurgia	❑	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
❑	Chirurgia addominale	❑	Neurochirurgia
❑	Chirurgia della mano	❑	Oculistica con interventi chirurgici
❑	Chirurgia d'urgenza e 118	❑	Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione
❑	Chirurgia gastroenterologica	❑	Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche
❑	Chirurgia generale	❑	Oncologia con interventi chirurgici
❑	Chirurgia maxillofacciale	❑	Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
❑	Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)	❑	Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
❑	Chirurgia Ricostruttiva	❑	Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
❑	Chirurgia toracica	❑	Pediatria chirurgica
❑	Chirurgia vascolare	❑	Urologia
❑	Endocrinochirurgia	❑	

ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. **L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specialità Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura?** ❒ **SI** ❒ **NO**

   In caso di risposta affermativa indicare quali:

   i) _____
   ii) _____
   iii) _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi alla Compagnia

INFORMAZIONI:

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA *(ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di* ***Assicurazione****, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente* ***Modulo di Adesione)*****:**

❒ **NO** ❒ **SI** **N. Sinistri (*)** _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. *Data scoperta* _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

II. *Data scoperta* _____ Controparte _____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

III. *Data scoperta* _____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (*ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di* ***Assicurazione****, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente* ***Modulo di Adesione****)*:

❒ **NO** ❒ **SI** **N. Fatti Noti o Circostanze** _____

Fornire le seguenti informazioni:

i. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ❒ **NO** ❒ **SI (Indicare l'Assicuratore)** _____

Breve descrizione del danno _____

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

Data ..... FIRMA DELL'ADERENTE .....

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

(A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo** "**Mod. 125 21 SET INFORMATIVO_PROFESSIONE MEDICA – Ed. 31.05.2021**" prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;

(B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "**Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021**" e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di **Assicurazione** **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza Collettiva**;

(C) Formulazione temporale dell'**Assicurazione** "**Claims Made**" ai sensi dell'*Art. 2) Forma dell'**Assicurazione** "**Claims Made**" – Retroattività* delle Condizioni di **Assicurazione** "**Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021;**

(D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** ai sensi dell'*Art. 4) Esclusioni, par. a.* delle Condizioni di **Assicurazione** "**Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021".**

Data ..... FIRMA DELL'ADERENTE .....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".
L'**Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data ..... FIRMA DELL'ADERENTE .....

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Nazzareno Cerni

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")

Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHItalia®**"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da **BHItalia®** nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.

II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;
- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dai personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail: **dpo.bh@bh-italia.com**.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Milano, Corso Italia 13.(PEC: **bh-italia@legalmail.it**).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **autorizza** il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data _____ Firma _____

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di stabilimento nel territorio della Repubblica Italiana ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Italia, 13 20122 Milano (MI) Tel.: +39 02 4952 4986 Fax: +39 02 4952 4987 E-mail: direzione@bh-italia.com
Sito internet: www.bh-italia.com Rappresentante Generale per l'Italia: Carlo Faina

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

DA FIRMARE

Conferma ricezione di:
- informativa precontrattuale
- set informativo
- dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del contraente/assicurato 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 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

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

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

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - **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.

STEFFANO GROUP®