

POLIZZA RC MEDICI CHIRURGHI per Assicurare il Singolo Intervento MEDICO CHIRURGO ESTETICO MEDICO CHIRURGO MAXILLO FACCIALE CON ESTETICA

Da inviare per E-mail a info@assimedici.it o a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente

Indirizzo	
Cap	Città
Prov.	
Tel. Abitazione	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	- - -
Partita IVA	

Assicurato

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.	

Numero di interventi Singolo intervento - 5 Interventi - 10 Interventi
Intervento/i eseguito/i in qualità di 1° Operatore - 2° Operatore - 3° Operatore

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

La copertura di ciascun intervento decorrerà **tassativamente** dall'inizio del relativo "Modello di attivazione della Polizza" a mezzo PEC all'indirizzo rcprofessionale@pec.assicuratricemilanese.it e a info@assimedici.eu; tale PEC dovrà essere inviata 3 giorni lavorativi prima dell'esecuzione dell'intervento e dovrà essere completa di tutti i campi richiesti. L'attivazione della copertura potrà essere inviata esclusivamente dopo aver ricevuto il contratto base con la richiesta di attivazione numerata e personalizzata. La Polizza per 1/5 interventi deve essere utilizzata entro un anno dall'effetto - La Polizza per 10 interventi entro 2 anni.

Sono comprese nell'importo indicato sulla scheda costi la quota associativa **Med Mal Risk**
Nr. **2** FAD ECM per l'anno in corso **1** Parere Legale e **1** Parere Medico Legale

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 American Express
Nr. | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | |
Scad. | | | | / | | | | CVV* | | | | | |
*Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalermi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente e con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimettervi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

_____, il | | | | | |
Luogo e data della sottoscrizione Il Proponente
Codice Partner _____ Intermediario _____

**POLIZZA A CONSUMO DEL MEDICO CHIRURGO ESTETICO LIBERO PROFESSIONISTA
EXTRAMOENIA ED INTRAMOENIA
RCP DEL MEDICO PER SINGOLI INTERVENTI CHIRURGICI**

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilit  civile professionale

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto gi  verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in affinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia gi  avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilit  professionale, dichiarando altres  che i dati forniti rispondono a verit  e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

CONTRAENTE

Cognome Nome / Denominazione	Codice fiscale/ P. Iva
------------------------------	------------------------

Indirizzo

ASSICURANDO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE

Cognome Nome	Codice fiscale
--------------	----------------

Indirizzo	Iscritto all'albo di Dal
-----------	-----------------------------

ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attivit� di (Crocettare)	Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia			
	Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso crocettare sotto)			
	Pubbliche	Accreditate	Private	

Con la seguente specializzazione

	Tariffa in Euro per singolo intervento	(Crocettare)
Chirurgia plastica estetica	750,00	
Chirurgia Maxillofacciale con estetica	750,00	

MASSIMALE € 1.000.000,00

PER QUANTI INTERVENTI RICHIEDE COPERTURA?

	Tariffa base	Crocettare
SINGOLO INTERVENTO PRIMO OPERATORE		
C5) CARNET 5 5 (CINQUE) INTERVENTI DA UTILIZZARE ENTRO UN ANNO DAL PAGAMENTO	Riduzione del 20%	
C10) CARNET 10 10 (DIECI) INTERVENTI DA UTILIZZARE ENTRO DUE ANNI DAL PAGAMENTO	Riduzione del 20%	

L'INTERVENTO VIENE ESEGUITO IN QUALITA' DI:
(Compilare solo se il Medico non   il Primo Operatore)

		Crocettare
SECONDO OPERATORE	60% della Tariffa base	
TERZO OPERATORE	50% della tariffa vase	

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO: BONIFICI BANCARI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N.° 41 DEL 2/8/2018

L'Assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.° 41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- FAC SIMILE MODULO DI ADEGUATEZZA/PROPOSTA
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016

IL CONTRAENTE _____

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 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **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 di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del 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 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
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 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 indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato