



**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARI ASSICURATIVI  
CONDIZIONI ESCLUSIVE PER I NUOVI ISCRITTI AL RUI DAL 01.07.2018**

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Intermediari Assicurativi deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

**Dati del Proponente:**

Ragione Sociale o Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Sito Internet \_\_\_\_\_

Sede Operativa (se diversa dalla Sede Legale) \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Partita IVA |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data di iscrizione al RUI |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Sez. |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Numero di Iscrizione al RUI |\_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARIO ASSICURATIVO**

AGENTE     BROKER    Fatturato anno Precedente € \_\_\_\_\_

*(Resta esclusa l'attività Riassicurativa e di Coverholder)*

Massimale Annuo richiesto:     € 1.875.927,00     € 2.500.000,00  
 € 3.000.000,00

Franchigia Fissa Richiesta:     Senza Franchigia     € 1.000,00  
 € 5.000,00     € 10.000,00

**Decorrenza della Polizza: ore 00,00 dalla data di pagamento - Scadenza ore 00,00 del 01/01/2020**  
**Premio Annuo Lordo € \_\_\_\_\_**

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. Il pagamento del premio, a norma dell'art. 1.5 Bis delle Condizioni di Assicurazione, può essere effettuato unicamente tramite Bonifico Bancario o Carta di Credito

**Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato  
ASSIMEDICI srl IBAN: IT 68 K 03111 01618 0000 0000 4990 - Causale: Ragione Sociale / 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 conferiamo la nomina di mediatori di assicurazione esclusivamente per la presente copertura.

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.

Il compenso dell'attività è incluso nel premio sopra indicato.

**Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

 \_\_\_\_\_  
Il Proponente

**www.polizzarcintermediari.it è gestito da ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20

Tel. 02.91.98.33.11 - Fax 02.87.18.10.98

www.polizzarcintermediari.it E-mail info@polizzarcintermediari.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.





**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  
**CONDIZIONI ESCLUSIVE PER I NUOVI ISCRITTI AL RUI DAL 01.07.2018**

**Dichiarazioni del Proponente:**

Precedente Assicurativi: Compagnia **PRIMA ISCRIZIONE AL RUI**

Massimale € \_\_\_\_\_ Franchigia € \_\_\_\_\_

**Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato**

**1 Sinistrosità progressa 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 professionale del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

**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

**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 stipulazione della Polizza. Qualora il contratto venga concluso, 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, e da lui denunciate alla Società, durante il Periodo di Assicurazione (salvo quanto previsto per il periodo di ultrattività) in conseguenza di fatti colposi, occorsi nel periodo Retroattività.**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.**

**Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto ed accettato il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari (modello 7A Reg. Isvap n.5/2006), la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (modello 7B Reg. Isvap n.5/2006), di aver preso visione e di accettare il contenuto dell'Informativa precontrattuale e di aver ricevuto e di accettare la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo di cui all'art.30 del Regolamento ISVAP n.35 del 26.05.2010, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.**

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Proponente

**Il Proponente Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del C.C, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione: Questa polizza si applica su base CLAIMS MADE:**

**Art. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modifica del rischio; Art. 1.2 Assicurazione presso diversi assicuratori; Art. 1.3 Polizza collettiva ad adesione; Art. 1.4 Durata del contratto e delle singole coperture – senza tacito rinnovo; Art. 1.5 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio; Art. 1.5Bis Premio; Art. 1.6 garanzia a favore degli eredi; Art. 1.7 Franchigie e scoperti; Art. 1.8 Esclusione Guerra e Terrorismo; Art. 1.9 Facoltà di recesso bilaterale in caso di sinistro; Art. 1.10 Aggravamento del rischio; Art. 1.11 Forza probatoria del contratto – Validità delle variazioni – Forma delle comunicazioni; Art. 1.12 Validità; Art. 1.13 Estensione Territoriale; Art. 1.14 Competenza Territoriale; Art. 1.15 Oneri fiscali e amministrativi; Art. 1.16 Sospensione del contratto; Art. 1.17 Rinvio alle norme di Legge; Art. 1.18 Forma delle comunicazioni – Reclami; Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione; Art. 2.2 Esclusioni e Limitazioni; Art. 2.3 Massimale Assicurato; Art. 2.4 Obblighi delle Parti in caso di sinistro; Art. 2.5 Obblighi dell'Assicurato; Art. 2.6 Diritto di surrogazione; Art. 2.7 Controversie Giuridiche; Art. 2.8 Notifica della Citazione; Art. 2.9 bis Richieste di risarcimento false o fraudolente; Art. 3.1 Garanzia retroattività – Claims Made – Validità della garanzia; Art. 3.2 Garanzia postuma triennale dalla data di interruzione dell'attività professionale assicurata; Art. 3.3 Garanzia postuma triennale dalla data di cessazione dell'Assicurazione; Art. 3.4 Cessazione – sospensione automatica dell'Assicurazione; Art. 3.5 Cessazione della garanzia per cessazione dell'incarico nell'ambito della società di appartenenza; Art. 3.6 Clausola arbitrale; Art. 3.7 Altro Intermediario; Art. 4.0 Rischi aggiuntivi.**

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Proponente

**www.polizzarcintermediari.it è gestito da ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20

**Tel. 02.91.98.33.11 - Fax 02.87.18.10.98**

**www.polizzarcintermediari.it E-mail info@polizzarcintermediari.it PEC info@assimedici.eu**

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.

## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- 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 all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, 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; ALL. 7B**
- **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 CLAIMMADE.**

.....  
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 Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\*Il 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

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Recapiti 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**

ASSIMEDICI Srl

**STEFFANO**  
GROUP

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

ASSIMEDICI  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI  
ASSISANITÀ  
ASSIART  
MASTER  
AFFIDA I TUOI RISCHI AD UN LEADER  
ASSI ENTI PUBBLICI  
SICURAMED  
ASSIPROFESSIONISTI  
CONDominio

## 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?

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale;   | <input type="checkbox"/> Infortuni   |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> 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 PIU' 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 VOLONTA' 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

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Recapiti 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.



ASSIMEDICI Srl



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

ASSIMEDICI  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI  
ASSISANITÀ  
ASSIART  
MASTER  
AFFIDA I TUOI RISCHI AD UN LEADER  
ASSI ENTIPUBBLICI  
ASSI MED  
SICURAMED  
ASSIPROFESSIONISTI  
ASSI CONDOMINIO