

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome	
Indirizzo di Residenza	Luogo e data di nascita

INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

Che tipo di attività svolge (Crocettare)	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
Specializzando (formula Young)		

l'attività descritta come:

(Crocettare)

Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia	
Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
Medico Dipendente di struttura privata	
Medico Convenzionato con il S.S.N.	
Medico Dipendente di struttura pubblica	

l'attività descritta viene svolta presso:

Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
1.	
2.	
3.	

detiene polizze in corso per il medesimo rischio?

Sì		No	
-----------	--	-----------	--

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

<u>è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?</u>	<u>Si'</u>		<u>No</u>	
	In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza			

<u>L'esigenza di copertura è determinata da:</u> (Crocettare)	Obblighi di Legge			
	Impegni Contrattuali			
	Personalì esigenze di prevenzione del rischio			
	Altro (descrivere)			

Firma (leggibile) dell'Assicurando

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto.

Firma (leggibile) dell'Assicurando

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia

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

Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

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 già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciuto informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di
	Dal

ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

<u>L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di</u>	Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
---	--

Con la seguente specializzazione	Con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettare)						
	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
Medico Generico – di Base		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA – DURATA CONTRATTUALE	VARIAZIONI DI PREMIO			Crocettare
Limitazione FORMULA YOUNG – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	Premio annuo lordo di polizza Euro 250 Massimale prestatato di Euro 2.000.000			
Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA	Aumento del 25% del premio di tariffa			
Estensione Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	Aumento del 100% del premio di tariffa			
Clausola di INDICIZZAZIONE				
Scelta della DURATA CONTRATTUALE	Annuale		Quinquennale	

SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Ovvero l'assicurando è a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse? SI NO

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?
Se SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?
Se SI, indichi il massimale
Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

Data _____ firma dell'Assicurando _____

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validità 30 giorni dalla data sopra indicata.

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO 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:

- ASSEgni BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500 E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

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.

INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL:

- 10% PER TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI INDICATE NEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, SALVO:
- 15% PER IL MEDICO SPECIALISTA CON O SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE – ADEGUATEZZA
- INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO _____

DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EVIDENZIARE SE:

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

O

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. - Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.
Sede e Direzione Generale: Sede e Direzione Generale: San Cesario sul Panaro (MO) -
C.so Libertà 53, Tel. 059 7479111 - Telefax 059 7479112

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza alle Sue esigenze della proposta di polizza che intende sottoscrivere. La mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste".

1. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il Contraente è una persona fisica giuridica

Cognome e nome/ragione sociale (nel caso di persona giuridica) _____

luogo di nascita _____ prov. _____ data di nascita _____ età _____ sesso M F

2. PROFILO PERSONALE

Attività lavorativa Tempo indeterminato Tempo determinato Stagionale/altro Pensionato
 Lavoratore autonomo Studente Non occupato

Abitazione Casa di proprietà Casa in affitto Presso i genitori/parenti Altro

Stato civile Libero Coniugato/a Separato/divorziato Vedovo/a

3. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA TUTELARE

La copertura assicurativa è rivolta alla tutela del Contraente? SI NO

Se la risposta è NO, indicare la relazione esistente fra Assicurato e Contraente: _____

Vi sono altri soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti): SI NO

Se la risposta è SI, indicare i soggetti da tutelare: _____

4. BISOGNO ASSICURATIVO

Indicazioni generali

Tutela dei beni personali: Incendio dell'abitazione Furto beni personali Assistenza per imprevisti

Protezione del patrimonio: Responsabilità civile Tutela giudiziaria

Tutela della persona: Malattia Infortuni Assistenza sanitaria

Altro: specificare _____

Indicazioni specifiche

Indicare le eventuali specifiche esigenze assicurative e/o i beni che il Contraente ritiene necessario tutelare (quali beni di particolare importanza se in presenza di copertura incendio e/o furto, ambiti di responsabilità particolarmente rilevanti, tutela della persona per rischio malattia e/o infortuni nel caso di grandi interventi, di invalidità o di ricoveri):

5. OBBLIGHI DI LEGGE

Il contratto deve soddisfare obblighi di legge: SI NO

Se SI quali: _____

6. EVENTUALI COPERTURE ASSICURATIVE IN CORSO SULLO STESSO RISCHIO

Elencare eventuali coperture assicurative in corso sullo stesso rischio: _____

7. SITUAZIONE FINANZIARIA

Capacità di risparmio netto annuo: fino a Euro 5.000 da Euro 5.000 a Euro 15.000 oltre Euro 15.000

8. DURATA DEL CONTRATTO

Orizzonte temporale che si desidera coprire con le garanzie offerte dal contratto assicurativo:

Breve (1 annuo) Medio (da 2 a 5 anni) Lungo (10 anni)

9. DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, risulta adeguato) Valutata la tipologia di contratto proposta, il premio, le franchigie e gli scoperti che rimangono a carico dell'Assicurato, la durata del contratto ed in genere tutti gli elementi fondamentali che costituiscono il contratto stesso, dichiaro di voler accettare la proposta assicurativa e di voler sottoscrivere il Contratto - Polizza n. _____ in quanto adeguato alle mie esigenze.

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

Luogo e data

firma (leggibile) dell'Intermediario

11. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Modulo Raccolta Dati") Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Modulo Raccolta Dati", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto - Polizza N. _____

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

Luogo e data

firma (leggibile) dell'Intermediario

10. DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI NON ADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte fornite o meno dal Cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato, ma vi è comunque la volontà di sottoscriverlo) **Dichiaro di essere stato informato dal qui presente Intermediario dei motivi per i quali, sulla base delle informazioni da me fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle mie esigenze assicurative. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il Contratto - Polizza n. _____**

Motivi della non adeguatezza:

- Profilo personale e situazione finanziaria non compatibili con il premio di polizza;
- Tipologia contrattuale non compatibile con l'assenza di carichi familiari;
- Durata contrattuale non conforme all'orizzonte temporale richiesto e/o all'età del Contraente;
- Contratto non conforme alla tipologia di rischio indicata;
- Franchigie/scoperti a carico dell'Assicurato non adeguati;
- Limiti, esclusioni, carenze non adeguati;
- Altro (specificare) _____

Luogo e data

firma (leggibile) del Contraente

Luogo e data

firma (leggibile) dell'Intermediario

Il presente Modulo non costituisce documentazione contrattuale e non è in alcun modo vincolante per il Cliente



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. - Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.
Sede e Direzione Generale: Sede e Direzione Generale: San Cesario sul Panaro (MO) -
C.so Libertà 53, Tel. 059 7479111 - Telefax 059 7479112

Polizza N. _____

Contraente _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/VI riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/VI informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- Il trattamento può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy:

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2005 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Banca Dati RC Auto, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione, ISVAP);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione civile e dei Trasporti in concessione);
- inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è Assicuratrice Milanese S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in C.so V. Emanuele II, 41 - 41100 Modena. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, è l'ufficio di Presidenza con sede in C.so V. Emanuele II, 41 - 41100 Modena - telefono n. 059.412811 - fax n. 059.412812, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del titolare (responsabili ed incaricati).

Fatti in ogni caso salvi i diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, l'interessato si impegna a consegnare una copia della presente informativa a tutti coloro i cui dati sono stati forniti in sede di sottoscrizione e che saranno oggetto di trattamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:

ACCONSENSO

- al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ (leggibile) _____ Firma _____

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (Barrare con X la casella prescelta - In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.)

- al trattamento dei dati personali comuni, che mi riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE). Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ (leggibile) _____ Firma _____

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 7A)

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

La preghiamo di leggere con attenzione il presente documento e di restituircene una copia da Lei sottoscritta per presa visione. Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a)** prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo qualora i dati dell'intermediario si siano modificati, consegnano al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.
- b)** prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- c)** sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del

contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

- d)** informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e)** consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f)** possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO (Mod. 7B)

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

Ragione sociale	HORUS CONSULENTI ASSOCIATI SAS	
Iscrizione nel registro	Sezione	A - società agente
	N. Iscrizione	A000079859
	Data di iscrizione	16/04/2007
Indirizzo sede legale	VIA DONATO MENICHELLA, 260 ROMA	
Indirizzo sedi operative	VIA DONATO MENICHELLA, 260 ROMA	
Telefono	06.411.68.35	
Indirizzo e-mail	segreteria@horusnetwork.it	
Sito web		
Denominazione sociale Dell' Impresa di cui sono offerti i prodotti	Assicuratrice Milanese S.p.A.	

Ragione e denominazione sociale	CARCATELLA MARCO	
Iscrizione nel registro	Sezione	E
	N. Iscrizione	000079861
	Data di iscrizione	16/04/2007
Ruolo	<input type="checkbox"/> Responsabile dell'attività di intermediazione della Società	
	<input type="checkbox"/> Addetto all'attività di intermediazione della Società	
	<input type="checkbox"/> Collaboratore del seguente soggetto iscritto alla Sezione E	
	Nome Cognome/Rag.Soc.: CARCATELLA MARCO	
	N.Iscrizione: E000079861	
	Data iscrizione 16/04/2007	

ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, via del Quirinale 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività svolta. Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'ISVAP (www.isvap.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) L'intermediario, sia quello che entra in contatto con il cliente sia quello per cui viene svolta l'attività, non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto delle Imprese di assicurazione rappresentate.
b) Con riguardo al contratto proposto l'intermediario è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Elenco delle Imprese di assicurazione rappresentate:

ASSICURATRICE MILANESE	Agenzia Nocera Superiore 011 228
ASSICURATRICE MILANESE	Agenzia Roma 777

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso; oppure

è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al quattro per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000;

Nota: crocesegnare la frase appropriata rispetto alla natura dell'intermediario.

- b) l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
c) il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può esporre un reclamo, scrivendo a alternativamente:

scrivendo a :	Assicuratrice Milanese Compagnia di assicurazioni Spa Corso Libertà,53 41018 San Cesario sul Panaro (MO)
Inviando un fax al numero:	Fax: 059/7479112
inviando un e-mail all'indirizzo di posta:	
Numero telefono	059/7479111

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o nel caso non abbia ricevuto riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, scrivendo a:

I.S.V.A.P.
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 Roma - ITALIA

Contraente o Legale Rappresentante se persona giuridica		
Cognome	Nome	Codice Fiscale o P.IVA o Data e Luogo di Nascita

Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento ISVAP 5/2006.

Data _____

L'intermediario



Il Contraente o Legale Rappresentante



Allegato alla polizza n° (a cura dell'Agenzia).....

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE a norma dell'art.49 del
Regolamento Isvap n.5 del 16 ottobre 2006 e n° 35 del 2010 (IVASS)

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle seguenti comunicazioni previste dall'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 (IVASS).

- Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a).
- Informazioni dell'Intermediario (Agente e/o subagente) da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta (mod. 7b).
- Copia del "fascicolo informativo" contenente: a) nota informativa, b) glossario, c) condizioni di assicurazione, d) informativa privacy, e) modulo di proposta, come da Regolamento ISVAP, n° 35/2010 (IVASS).
- Informativa ai sensi dell'art. 38 quinquies – Reg. Isvap n. 35/2010 (introdotto dal Provvedimento Ivass n. 7/2013)

Luogo e data

Firma (leggibile) del Contraente