



Polizza di Assicurazione RC Professionale per **MEDICI DENTISTI E ODONTOIATRI**

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Contraente

Indirizzo

Partita Iva

Cap

Città

Prov.

Assicurato se il Contraente è uno studio associato o una società la garanzia è prestata per attività di :

Assicurato

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

Nr.

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

€ 25,00

Rinuncio alla polizza **3Virus**

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

€ 170,00

Rinuncio alla polizza di **Tutela Legale**

Effetto

Scadenza

Prima rata

MASSIMALE € 2.000.000 Medico/Odontoiatra senza IMPLANTOLOGIA

€ 888,00

MASSIMALE € 2.000.000 Medico/Odontoiatra con IMPLANTOLOGIA osteointegrata

€ 1.016,00

Importo Totale

Pagamento:

Bonifico bancario: Banca Popolare di Vicenza C/C **UA Underwriting Agency Srl**
IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ | _____

(Firma del Medico)

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

1) Dati del Proponente / Contraente

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	CELLULARE		
SITO INTERNET	E-MAIL PEC	E-MAIL	

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

2) Precedenti assicurativi del Proponente/Contraente

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

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

3) Dati del/i Proponente/i / Assicurato/i

Nr. Assicurati _____ *

* Per ogni assicurato compilare le due pagine seguenti e la scheda sinistrosità progressa

COGNOME NOME	CODICE FISCALE		PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE		INDIRIZZO E-MAIL	

4) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

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

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro

È stata disdetta la polizza per sinistro

Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

5) Decorrenza Polizza / Massimale richiesto

decorrenza di polizza

il massimale da assicurare

€ 2.000.000,00



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

6) Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione)

- A MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA SENZA IMPLANTOLOGIA
- B MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
- C MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA ALTRE METODICHE*
- D MEDICO LEGALE
- E MEDICO NON SPECIALISTA

* Occorre dettagliare le metodiche utilizzate per l'implantologia

7) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

7.1 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 civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

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

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

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 7.1 e 7.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

8) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, 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 durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - Condizioni di Assicurazione;
 - Modulo di Proposta.

Il Proponente/Contraente _____ Il Proponente/Assicurato _____

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. In particolare, autorizza:

- la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
- al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Il Proponente/Contraente _____ Il Proponente/Assicurato _____

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE / ASSICURATO ¹

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

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

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

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

D) Stato del sinistro

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

Se si: SI NO

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 7.1. e 7.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

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

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

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

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

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

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**
Modulo di Proposta per Polizza 3 Virus


Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita		Luogo di nascita Prov.
Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

MASSIMALE € 100.000,00

IMPORTO TOTALE € 25,00

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

Pagamento:
 Bonifico bancario: Banca Popolare di Vicenza C/C **UA Underwriting Agency Srl**
 IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome

Luogo e data _____ |__|__|__| _____ (Firma) 

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**
Modulo di Proposta per Legal Protection Dentist


Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

MASSIMALE € 30.000,00

IMPORTO TOTALE € 170,00

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

Pagamento:
 Bonifico bancario: Banca Popolare di Vicenza C/C **UA Underwriting Agency Srl**
IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome

Luogo e data _____ |__|__|__| _____ (Firma) 

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



- 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 CLAIMS MADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- _____ **acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di 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

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. +39 02.89.78.68.11 - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - info@underwriting.it - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



- **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"/> Infortunì; |
| <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 PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

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

.....
L'intermediario
Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

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

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

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

.....
L'intermediario
Il contraente