

Oggetto: Lettera di incarico di Brokeraggio Assicurativo

Il sottoscritto Signor/a.....(di seguito Cliente)

affida ad **AZIMUT INSURANCE & CONSULTING** srls (di seguito Broker) l'incarico di fornire consulenza ed assistenza tecnica nelle fasi di determinazione, esecuzione e gestione dei contratti assicurativi.

Resta inteso tra le parti che, il Cliente avrà la piena libertà di accettare, o meno, le condizioni contrattuali proposte dal Broker. In ogni caso, il Cliente si impegna a non divulgare gli elaborati e le offerte predisposte dal Broker.

Con la presente lettera:

- Vi conferisco mandato esplorativo alla verifica della disponibilità del mercato assicurativo, nazionale ed internazionale
- Vi conferisco l'incarico di svolgere tutte le attività di intermediazione previste dal Regolamento I.V.A.S.S. n. 5 del 16/10/2006, e successive integrazioni, in regime di esclusiva, ciò relativamente a tutte le esigenze assicurative presenti e future inerenti la nostra attività.

Il Cliente si obbliga a far pervenire al Broker, nei tempi necessari per la corretta copertura dei contratti, le somme dovute agli assicuratori a titolo di premio per le polizze in corso e/o per quelle che verranno successivamente stipulate.

Con la presente lettera di incarico le parti convengono che:

L'attività di consulenza/gestione è svolta:

a titolo gratuito e che nell'eventualità di accettazione da parte del Cliente delle proposte presentate dal Broker l'attività svolta verrà remunerata, secondo le consuetudini di mercato, con le provvigioni che verranno riconosciute dalle compagnie assicurative sui contratti intermediati;

a titolo oneroso e che verrà corrisposto l'importo di:

Il presente incarico viene conferito in esclusiva con validità annuale dalla data della presente e si intenderà automaticamente rinnovato di anno in anno, salva la facoltà di ciascuna delle parti di non procedere a detto rinnovo, inviando specifica comunicazione a mezzo di lettera raccomandata almeno DUE mesi prima della scadenza.

Luogo e data

Il Cliente

Il Broker

Denominazione Sociale / Cognome e nome		Codice fiscale / partita IVA		
Indirizzo Domicilio /residenza /sede legale		CAP	Città	PROV
Recapito telefonico	Indirizzo Email			

SEZIONE A: AVVERTENZE A DATI PRELIMINARI

Avvertenze per il compilatore

Regolamento ISVAP n° 5 del 16 ottobre 2006 e successive modifiche). Le vigenti disposizioni di legge ed i regolamenti obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti adeguati alle esigenze dei clienti, la violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento. Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente col tramite della presente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Il cliente, può rifiutare di fornire le informazioni che dovranno essere richieste, ma ciò pregiudicherebbe la valutazione dell'adeguatezza del contratto rispetto alle sue esigenze assicurative e comporta, comunque, il rilascio da parte sua di una dichiarazione attestante il rifiuto stesso. Prima di procedere alla compilazione del questionario la invitiamo a leggere adeguatamente le avvertenze di seguito riportate.

1 - Risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda

2 - Se taluno dei quesiti che le vengono posti richieda una risposta articolata, utilizza per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato

3 - Rammenti che le risposte fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitarLe di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenere l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze a suo danno sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

SEZIONE B: ESIGENZE E INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CLIENTE

Quali obiettivi intende perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?

<input type="checkbox"/> Ottemperare gli obblighi di legge	<input type="checkbox"/> Ottemperare ad obblighi contrattuali
<input type="checkbox"/> Ridimensionare i costi assicurativi	<input type="checkbox"/> Ridurre le coperture assicurative
<input type="checkbox"/> Migliorare il livello delle coperture	<input type="checkbox"/> Riallineare le coperture alla mutata realtà aziendale
<input type="checkbox"/> Coprire rischi alla persona per ora non assicurati	<input type="checkbox"/> Non risponde

SEZIONE C: INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Il cliente conferma che sono state illustrate le caratteristiche essenziali di polizza

SI	NO
SI	NO

Il cliente conferma che sono state illustrate le tariffe ed i costi della polizza

Il cliente conferma che sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate ed in particolare

Rivalse/Franchigie/scoperti/Esclusioni

Massimali/Capitali/somme assicurate

Riduzione degli importi assicurati per particolari casi (sottolimiti)

Periodi Massimi di erogazione delle prestazioni

Delimitazioni dell'oggetto della garanzia

SI	NO

DATA	Firma del cliente	Firma dell'intermediario

SEZIONE D: DICHIARAZIONI DEL CLIENTE

1D - Dichiarazione sulle finalità delle informazioni fornite

Il cliente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli. Pertanto esprime una proposta irrevocabile volta ad ottenere l'emissione della polizza, conforme alle esigenze e ai bisogni espressi nel presente questionario

DATA	Firma del cliente	Firma dell'intermediario

2D - Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

Il cliente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni chieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'intermediario, alle sue esigenze assicurative. Pertanto esprime una proposta irrevocabile volta ad ottenere l'emissione della polizza. L'intermediario prende atto che il contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

DATA	Firma del cliente	Firma dell'intermediario

3D - Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Il cliente dichiara di esser stato raggugliato dall'intermediario in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

Motivi dell'inadeguatezza

Il cliente dichiara di voler sottoscrivere il contratto richiesto. Pertanto esprime una proposta irrevocabile volta ad ottenere l'emissione della polizza.		
DATA	Firma del cliente	Firma dell'intermediario

Regolamento IVASS N. 5/2006 ALLEGATO 7A

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

(Ai sensi della vigente normativa, la presente comunicazione **deve essere consegnata** al contraente prima di sottoscrivere una proposta o, qualora non prevista, un contratto di assicurazione, dall'intermediario o dall'addetto all'attività di intermediazione che opera all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro) Ai sensi delle disposizioni del d. Lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS 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 che comporti tali modifiche, **consegnano al contraente** copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento IVASS) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;

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'informativa 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**.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa precontrattuale prevista dal primo comma dell'ad. 49 del Regolamento IVASS n. 5 del 16 ottobre 2006 consistente nel documento relativo alla

"Comunicazione Informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti del contraenti"

(allegato 7A).

Data

Firma

Regolamento IVASS N. 5/2006 ALLEGATO 7B

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**

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I

Informazioni generali relative all'intermediario che entra in contatto con il contraente :

AZIMUT INSURANCE & CONSULTING srls

Numero di iscrizione: B000590063 Sede Legale: Via Tibullo, 10 Roma (Rm)

Data di iscrizione: 5 gennaio 2018 Recapito telefonico: 0669311512

Responsabile dell'attività di intermediazione e Rappresentante legale: Alain Cantoni

Posta elettronica: azimutconsulting.impresa@legalmail.it

L'Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta dal sopra indicato intermediario è l'IVASS – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA.

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario per il quale viene svolta l'attività possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II

Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto di interessi

Azimut insurance & consulting srls **NON** detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una impresa di assicurazione .

Azimut insurance & consulting srls, propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.

Il contraente ha diritto di chiedere la denominazione delle imprese di assicurazioni con le quali Azimut insurance & consulting srls ha o potrebbe avere rapporti d'affari e, su richiesta del contraente, deve indicare tali imprese.

PARTE III

Informazioni sulle forme di tutela del contraente

3.1-Informazioni generali

Ai sensi dell'articolo 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n.209, i 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.

L'attività di intermediazione esercitata 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.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al: **Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o IVASS Via Quirinale, 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331** per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa e qualora non dovessero ritenersi soddisfatti dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n.21 – 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa

3.2 - Autorizzazione All'incasso

Azimut insurance & consulting srls dichiara che in forza dell'accordo sottoscritto con le compagnie di assicurazioni o con i suoi agenti, e di cui intermedia i contratti, e' autorizzato ad incassare il premio di polizza e che **il pagamento del premio** eseguito in buona fede a Azimut insurance & consulting srls o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d. lgs. 209/2005 **non ha effetto liberatorio** nei confronti del contraente e conseguentemente **non impegna** l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. **L'effetto liberatorio nei confronti del contraente e la copertura assicurativa oggetto del contratto decorrono dalla data riportata sulla quietanza rilasciata dall'impresa**

Data

Firma

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (DL 196 DEL 30/06/03) Con effetto 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il Codice della Privacy che riunisce in un unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti, e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni. Ai sensi del suddetto articolo il Broker, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo degli stessi. Alcuni di questi dati (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione) devono in ogni caso essere acquisiti dal Broker per adempiere le attività economiche e/o professionali e possono essere richiesti in relazione al tipo di contratto da stipulare. I dati personali richiesti sono strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti alla clientela (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso con la Clientela, ecc...).

1. Finalità del trattamento dati: I dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività del Broker secondo le

seguenti finalità:

a) dirette esclusivamente all'espletamento dell'attività di mediazione con imprese di assicurazione e riassicurazione svolta nel Vostro interesse di cui alla Legge 792/84.

b) connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo (normativa antiriciclaggio, disposizioni dell'IVASS, ecc)

c) funzionali allo sviluppo dell'attività del Broker per le quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso:

1. Inviare alla clientela informazioni o materiale pubblicitario riguardanti prodotti o servizi del Broker;

2. Inviare alle clientela circolari tecniche informative di vario genere e quelle riguardanti la prevenzione dei rischi;

3. Verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi del Broker anche attraverso società di ricerche di mercato.

2. Dati sensibili: Precisiamo che di norma non si richiede agli interessati l'indicazione di dati definiti come sensibili dall'art. 4 del Codice della Privacy.

Può accadere tuttavia che in relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente (ad es: accensione di polizze assicurative sulle persone: vita temporanee caso morte, polizze infortuni, malattia e/o rimborso spese mediche etc.) il Broker richieda alcuni dati "sensibili", perché da essi possono desumersi informazioni sul suo stato di salute etc, e l'eventuale adesione del Cliente a contratti assicurativi con Compagnie di assicurazione.

Per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione che si trova nella dichiarazione di consenso allegata.

3. Modalità del trattamento I dati verranno trattati principalmente con strumenti manuali, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e verranno memorizzati sia su supporti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinary Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy

4. Conferimento dei dati Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile)

b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri

c) facoltativo ai fini dello svolgimento di cui al punto 1 lettera c)

5. Conseguenza del rifiuto dei dati In caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori richiesti ai punti 4. a) e b) l'interessato non potrà godere del servizio richiesto. Non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione nel caso di cui al punto 4. c), ma preclude la possibilità di svolgere le attività indicate al punto 1. c)

6. Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali I dati personali relativi al trattamento in questione possono essere comunicati:

a) per le finalità di cui al punto 1.a) e b) ad altri soggetti del settore assicurativo quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazioni (ad esempio banche e SIM); società che effettuano l'acquisizione, la registrazione e il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti forniti al Broker dai clienti per svolgere testi e capitolati assicurativi, convenzioni, ecc...; società che svolgono servizi assicurativi di professionisti in genere: Risks

Manager, società di stime patrimoniale, etc. ...; legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamenti dei sinistri; società di servizi tra cui quelle per l'informatica per consentire l'esecuzione di operazione e/o servizi richiesti dal Cliente (ad esempio, servizi di trasferimento dati), per le procedure di archiviazione, per la stampa della corrispondenza e per la gestione della posta in arrivo e in partenza; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS e Ministero dell'Industria e 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 dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrali Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione); società preposte al controllo delle frodi, al recupero crediti e la rilevazione di rischi creditizi e di insolvenza; a Pubbliche Amministrazioni, ai sensi di legge; a società preposte alla certificazione di qualità; **Senza il consenso dell'interessato alla comunicazione dei dati alle suddette società ed ai correlati trattamenti, il Broker potrà dare corso solo a quelle operazioni e servizi che non richiedono la comunicazione di dati personali a terzi, vale a dire trasmissione di avvisi di scadenza, consulenza assicurativa, trasmissione quietanze sinistri**

b) per le finalità di cui al punto 1. a), b) e c) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); **Senza il consenso dell'interessato può essere inficiata la qualità del servizio offerto al Cliente e conseguentemente del prodotto offerto.**

7. Diffusione dei dati I dati personali non sono soggetti a diffusione

8. Trasferimenti dei dati all'estero Per le medesime finalità di cui al punto 1., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale

9. Diritti dell'interessato In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso

ai dati personali ed altri diritti) del Codice della Privacy:

1) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a. dell'origine dei dati personali

b. delle finalità e modalità del trattamento

c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici

d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2

e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati

3) L'interessato ha diritto di ottenere:

a. l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati

b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato 4) L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:

a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta

b. al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

10. Titolare del trattamento è Azimut insurance & consulting srls nella persona del suo legale rappresentante Alain Cantoni.

11. Responsabile del trattamento dati è il Sig. Cantoni Alain; per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a:

Alla cortese attenzione del Responsabile del trattamento dati

Azimut insurance & consulting srls

Via Tibullo, 10- 00193 Roma (Rm)

Tel. 0669311512

Pec: azimutconsulting.impresa@legalmail.it

Data

Firma

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

INFORMATIVA ALLA CLIENTELA

In ottemperanza a quanto previsto dal regolamento Isvap n. 5/2006, il sottoscritto

_____, relativamente alla polizza _____

dichiara di aver ricevuto e preso visione:

- Dell'informativa relativa agli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (art.49 allegato 7A);
- Della dichiarazione da cui risultano i dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività (art.49 e art.50 allegato 7B)
- Dell'informativa da rendere all'interessato sull'adeguatezza del contratto offerto (art.52);
- Dell'informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo dei dati personali (Informativa Privacy);
- Della nota informativa sul contratto;
- Delle condizioni di Assicurazione della polizza.

Luogo e data

Il Contraente/L'Assicurato

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55** Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**
MODULO PROPOSTA RESPONSABILITÀ CIVILE ED AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE
COLPA GRAVE DEI MEDICI DIPENDENTI O CONVENZIONATI
DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE

Contraente			
Indirizzo			
CAP	Città		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail intermediario: info@azimutconsulting.it			
E-mail contraente:			
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	
<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico <input type="checkbox"/> Dipendente Privato			
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia			
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che non svolge attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica / Specializzando			
Effetto		Scadenza	

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente _____

Modulo di adesione

Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. L'Aderente/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 dall'Aderente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la adesione alla Polizza Collettiva, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del rapporto assicurativo venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Aderente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio 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 Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati con Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "**claims made**", ossia volta a rendere indenne l'Aderente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nel presente modulo.

Dati dell'Aderente/Assicurato

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	CAP
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N°			

1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?

L'Aderente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una compagnia del gruppo AmTrust? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: _____
- la data di decorrenza della prima adesione: ____/____/____,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ____/____/____

2) Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

2.1 Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato:

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI' NO

Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.

2.2 Qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato

Indicare se l'Aderente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI' NO

b) Privata: SI' NO

Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non può essere stipulata da coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano Attività Libero Professionale. In caso ricorrano attività legate all'Attività Libero Professionale svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente, la Società invita ad acquistare un prodotto che consenta di usufruire di una copertura adeguata, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.

Modulo di adesione

Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALI			
		5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 440		€ 396		€ 365	
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 410		€ 369		€ 340	
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 384		€ 346		€ 319	
04	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€ 200		€ 180		€ 166	

COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALI			
		5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 528		€ 475		€ 438	
06	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 492		€ 443		€ 408	
07	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 461		€ 415		€ 382	
08	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€ 240		€ 216		€ 199	

Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.

Nel caso in cui la data di decorrenza del Certificato di Assicurazione non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il premio dovuto è determinato in ragione del rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) del premio per ogni mese o frazione di esso, con il minimo del 25% del premio annuo.

2.3 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

- L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver ommesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**claims made**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 12 – Recesso dalla Polizza Collettiva; Articolo 13 - Coesistenza di altre assicurazioni; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 – Precisazioni sull'operatività della garanzia; Articolo 21 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti.
- Consenso al trattamento dei dati personali:** l'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e presta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali, anche sensibili, che comporta il loro eventuale trasferimento a terzi anche all'estero, inclusi paesi extra UE, per le finalità, nel rispetto delle tutele degli interessati, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa ex artt. 23, 26, 42 e 43 del D.Lgs. 196/2003.

Modulo di adesione

Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza di Assicurazione in oggetto, il modulo 7A - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n.5/2016 e successive modifiche.
- **L'Aderente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva – Ed. 03/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- La periodicità di pagamento è annuale così come nel dettaglio riportata agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.
- È tuttavia prevista la facoltà per l'assicurato di aderire anche in corso d'anno ed in tal caso il premio dovuto è determinato in ragione del rateo mensile di 1/12 del premio per ogni mese o frazione di esso, con il minimo del 25% del premio anno.
- Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
 - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società, all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.
- **AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

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

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

- 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 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

- **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"/> Infortunati; |
| <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? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> 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

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

