



Polizza di Assicurazione RC Professionale per  
**PROFESSIONI SANITARIE**

DIPENDENTI – CONVENZIONATI – LIBERI PROFESSIONISTI – DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE  
Convenzione C.S.M.M.

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax
Professione:		
<input type="checkbox"/> Dipendente di Aziende Sanitarie Pubbliche		<input type="checkbox"/> Dipendente di Aziende Sanitarie Private
<input type="checkbox"/> Libero Professionista		
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>Tutela Legale</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>3Virus</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus
Effetto	Scadenza	
<b>MASSIMALE €</b>		Per anno e per sinistro
<b>IMPORTO TOTALE</b>		€

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  ~~X~~ \_\_\_\_\_ Il Proponente

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

### Dati del Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA/SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

### Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1) **Indicare l'Attività che il potenziale Contraente svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni e la Qualifica ricoperta (Dipendente Pubblico, Dipendente Privato, Libero Professionista). È necessario contrassegnare con una "X" le Attività svolte e le Qualifiche ricoperte.**

**AVVERTENZA: è prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni.**

**AVVERTENZA: possono essere selezionate al massimo 3 Attività svolte e al massimo 3 Qualifiche ricoperte**

Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>			
assistente di studio odontoiatrico			
assistente sanitario			
assistente sociale		Non vendibile	Non vendibile
biologo (con fecondazione assistita)			
biologo (senza fecondazione assistita)			
chiropratico			
dietista			
educatore professionale			
farmacista			Non vendibile
fisioterapista			
igienista dentale			
infermiere pediatrico/vigilatrice d'infanzia			
infermiere professionale			
ingegnere biomedico			
logopedista			
massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			

**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com)

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)



**AmTrust Assicurazioni**  
An AmTrust Financial Company

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>			
massofisioterapista			
odontotecnico			
operatore sociosanitario (oss/osa/asa/ota/oss)			
ortottista e assistente di oftalmologia			
osteopata			
ostetriche			
ottico			
podologo			
psicologo			
puericultrice			
tecnico audiometrista			
tecnico audioprotesista			
tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro			
tecnico della riabilitazione psichiatrica			
tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare			
tecnico di neurofisiopatologia			
tecnico ortopedico			
tecnico sanitario di laboratorio biomedico			
tecnico sanitario di radiologia medica			
terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
terapista occupazionale			

**2) Il Proponente/Assicurato ricopre anche una delle seguenti Qualifiche Direttive? In caso affermativo contrassegnare con una X**

**AVVERTENZA: l'acquisto della Qualifica Direttiva determinerà un incremento del premio.**

QUALIFICHE DIRETTIVE	X
Coordinatore	
Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie	

**3) Il Proponente/Assicurato intende usufruire di una od entrambe le seguenti Estensioni di Garanzia? In caso affermativo contrassegnare con una X**

**AVVERTENZA: l'estensione Medical Device è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).**

**AVVERTENZA: l'estensione Perdite Patrimoniali è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione che rivestono la qualifica di coordinatore e/o Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie.**

**AVVERTENZA: l'acquisto dell'estensione di garanzia determinerà un incremento del premio.**

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

### 4) Indicare il Massimale Richiesto

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 500.000  € 1.000.000  € 1.500.000  € 2.000.000

### 5) Sinistrosità

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO  SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 9) Si precisa che in presenza di Sinistri pregressi, negli ultimi 5 (cinque) anni, la Compagnia si riserva di effettuare una quotazione ad hoc prevedendo una maggiorazione del Premio.**

### 6) Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

NO  SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

### 7) Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma – Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO  SI

### 8) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

### 9) Sinistrosità dell'Assicurato

**AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 5) del presente Questionario**

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: \_\_\_\_\_

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

Ammontare del danno richiesto: € \_\_\_\_\_

Età del danneggiato: \_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- l'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: \_\_\_\_\_
- Altro medico: \_\_\_\_\_

3) Riportare una descrizione dell'evento:

- lesioni; grado di invalidità: \_\_\_\_\_%
- decesso
- danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: \_\_\_\_\_

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
- Concluso con addebito di responsabilità
- Concluso senza addebito di responsabilità
- Procedimento impugnato; Grado di giudizio: \_\_\_\_\_
- Transazione


Importo risarcito: € \_\_\_\_\_

### Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara 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;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

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

Il Contraente  \_\_\_\_\_



AmTrust Assicurazioni  
An AmTrust Financial Company

**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com)

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

### Trattamento dei dati personali


AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia

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

Il Contraente  \_\_\_\_\_



AmTrust Assicurazioni  
An AmTrust Financial Company

#### AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com)

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

- Conferma ricezione dell' informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- 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 a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....  
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **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 checked="" type="checkbox"/> <b>RC Professionale;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Infortunì;</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> ..... |

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

**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.

.....  
*[Signature]* **L'intermediario** **X** **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**

MOD. ST001