

Polizza di Assicurazione RC Professionale per  
**MEDICI DEL LAVORO E MEDICI LEGALI**  
 LIBERI PROFESSIONISTI

Convenzione Symposium dei Professionisti

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente	
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	Iscrizione Nr.
Attività del proponente / assicurato:	
<input type="checkbox"/> Medico del Lavoro <input type="checkbox"/> Medico Legale	
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza <b>3Virus</b> allegando il modulo di adesione <input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza <b>3Virus</b>	
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza di <b>Tutela Legale</b> allegando il modulo di adesione <input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza di Tutela Legale	
Effetto	Scadenza         Prima Rata
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere la Fad "Nuovi scenari della responsabilità sanitaria" – 21 crediti ECM – sanita.academy	
<b>MASSIMALE €</b>	Per anno e per sinistro
<b>IMPORTO TOTALE</b>	€

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.**

- Bonifico bancario:** UBI BANCA - C/C intestato  
**Ua Underwriting Agency Srl** IBAN: **IT 23 G 03111 01618 0000 0000 2990** - Causale: nome e cognome
- Carta di Credito:**                       VISA                       MASTERCARD

NR. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Scad. |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| CVV\*|\_\_|\_\_|\_\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimmetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

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



Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici del Lavoro e dei Medici Legali

### 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 perfezionamento del contratto. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente/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 Proposta per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia volta a rendere indenne l'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 del Proponente/Assicurato

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	

### 1) 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

### 2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

1 Milione     2 Milioni     3 Milioni

Retroattività richiesta:

Illimitata     10 anni     5 anni

**Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività.**

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici del Lavoro e dei Medici Legali

### 3) Attività del Proponente/Assicurato

Associato **SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI**:

Medicina Legale  Medicina del Lavoro

### 4) Sinistrosità del Proponente/Assicurato

#### 4.1 Sinistrosità pregressa 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: \_\_\_\_\_

#### 4.2 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 4.1 e 4.2 si invita il Proponente/Assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente Modulo di Proposta e di cui forma parte integrante.**

#### 4.3 Precisazione relativamente all'attività svolta

Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta? \_\_\_\_\_ (scrivere il numero di anni).

#### 4.4 Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza

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

#### 4.5 Indicazioni sul premio e le modalità di pagamento

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

#### 4.6 Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

1. 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.
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
3. **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 entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
4. **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
  - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
  - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici del Lavoro e dei Medici Legali

- i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
  - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a
  - AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici 14, 20121 Milano;
  - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia.
6. Con la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
7. Il Proponente/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;
8. **Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici del Lavoro e dei Medici Legali

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>

*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:

SI  NO

Se si:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici del Lavoro e dei Medici Legali

### 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 attorea 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 AmTrust International Underwriters DAC.

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'ineroperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

- 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

- Questionario **sull'adeguatezza** del contratto offerto
- Dichiarazione di adeguatezza
- Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste
- Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

.....  
Data e Luogo

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO**

*Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente*

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_ Indirizzo/Sede Legale \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale;   | <input type="checkbox"/> Infortuni;  |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? | <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

MOD. ST001