

**MODULO DI ADESIONE ALLE POLIZZE CONVENZIONE**  
**A.N.D.I. VENETO ASSICURAZIONI – SOCIETA' REALE MUTUA ASSICURAZIONI**

**Sigma Studi Assicurativi srl**

Tel. 0422 36.34.13 - Fax 0422 46.06.79 - e-mail: [info@sigmastudi.it](mailto:info@sigmastudi.it)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ ( )  
 Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Socio A.N.D.I. provincia di \_\_\_\_\_ Anno Iscrizione albo Medici \_\_\_\_\_  
 Laureato in  medicina e chirurgia  odontoiatria  
 Tipo di inquadramento  libero professionista  dipendente  specializzando  altro  
 Tipo di struttura nella quale opera prevalentemente  ospedale pubblico  ospedale privato  
 studio privato  
 altro (poliambulatorio/centro medico)

In qualità di Associato all'ANDI Veneto Assicurazioni dichiara di sottoscrivere le polizze sotto elencate (compilare indicando con una x), alle condizioni di seguito indicate e riportate all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione.

GARANZIA RC PROFESSIONALE (abbinata alla garanzia "base" INFORTUNI)	SEMPRE OPERANTE	
GARANZIA FACOLTATIVA INFORTUNI / MALATTIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**GARANZIA RC PROFESSIONALE (abbinata alla garanzia "base" INFORTUNI CONDUCENTE)**

I premi di seguito indicati si intendono comprensivi di Euro 5,00 relativi alla garanzia infortuni conducente

**(Indicare con una X l'opzione prescelta a seconda dell'attività esercitata e del massimale):**

**OPZIONE BASE**

Scoperto 10% del danno con il minimo di Euro 250,00 ed il massimo di Euro 2.500,00 per i danni da implantologia

Franchigia di Euro 250,00 su tutti gli altri danni.

ATTIVITA' ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 600,00	<input type="radio"/> 660,00	<input type="radio"/> 690,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.100,00	<input type="radio"/> 1.160,00	<input type="radio"/> 1.190,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.300,00	<input type="radio"/> 1.430,00	<input type="radio"/> 1.495,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.800,00	<input type="radio"/> 1.930,00	<input type="radio"/> 1.995,00

**OPZIONE 1 (alternativa a opzione BASE)**

Franchigia di Euro 3.000,00 su tutti i danni.

ATTIVITA' ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 500,00	<input type="radio"/> 550,00	<input type="radio"/> 575,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.000,00	<input type="radio"/> 1.050,00	<input type="radio"/> 1.075,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.100,00	<input type="radio"/> 1.210,00	<input type="radio"/> 1.265,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.600,00	<input type="radio"/> 1.710,00	<input type="radio"/> 1.765,00

**OPZIONE 2 (alternativa a opzione BASE)**

Franchigia di Euro 5.000,00 su tutti i danni.

ATTIVITA' ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 450,00	<input type="radio"/> 495,00	<input type="radio"/> 517,50
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 950,00	<input type="radio"/> 995,00	<input type="radio"/> 1.017,50
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 850,00	<input type="radio"/> 935,00	<input type="radio"/> 977,50
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.350,00	<input type="radio"/> 1.435,00	<input type="radio"/> 1.477,50

**SCONTI APPLICABILI AI PREMI INDICATI NELLE PRECEDENTI TABELLE DELLA GARANZIA RC PROFESSIONALE**

Sconto "Neolaureati" ( 50%)  Si  No

Data conseguimento **abilitazione professionale** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione da non più di 48 mesi.

Lo sconto non è in ogni caso applicato al sovrappremio (pari ad Euro 500,00) previsto per l'estensione di garanzia alla "medicina estetica".

Sconto copertura "Secondo Rischio" ( 35%)  Si  No

Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara che per lo stesso rischio ha in corso altra copertura assicurativa stipulata con la Società \_\_\_\_\_ per i seguenti massimali:

Responsabilità Civile Terzi € \_\_\_\_\_ per sinistro,

col limite di € \_\_\_\_\_ per persona e di € \_\_\_\_\_ per danni a cose ed animali.

Responsabilità Civile Operai € \_\_\_\_\_ per sinistro, col limite di € \_\_\_\_\_ per persona.

**ESTENSIONE COPERTURA PER DIRETTORE SANITARIO**

Si

No

In caso affermativo indicare:

Denominazione clinica \_\_\_\_\_

Ultimo fatturato annuo della clinica Euro \_\_\_\_\_

- Sovrappremio lordo annuo Euro 350,00 per incarico presso clinica dentale con fatturato fino a Euro 1.000.000,00
- Sovrappremio lordo annuo Euro 500,00 per incarico presso clinica dentale con fatturato oltre a Euro 1.000.000,00

**GARANZIA "BASE" INFORTUNI DEL CONDUCENTE**  
**(sempre abbinata ad una delle opzioni della garanzia RC PROFESSIONALE)**

Somma Assicurata Morte da Infortunio Euro 15.000

Somma Assicurata Invalidità da Infortunio Euro 15.000

Attività esercitata	Premio INFORTUNI del Conducente (comprensivo di imposte)
<input type="checkbox"/> Odontoiatra	Euro 5,00 (già inclusi nel premio indicato per la garanzia RC Professionale)

**GARANZIA INFORTUNI / MALATTIA – OPZIONE FACOLTATIVA**  
**abbinata alla garanzia RC PROFESSIONALE ed integrativa alla garanzia "base" INFORTUNI del Conducente**

In qualità di Associato all'ANDI Veneto Assicurazioni, avendo aderito alla polizza per la copertura dei rischi R.C. Professionale ed Infortuni (Sezione A), dichiara di voler aderire alla garanzia facoltativa INFORTUNI / MALATTIA nei termini di seguito indicati:

- per sé  per sé e per i propri familiari

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	Tasso lordo	Premio lordo
Morte da infortunio		0,75‰	
Invalidità permanente da infortunio Opzione A - Senza franchigia (fino a € 310.000,00)		1,90‰	
Invalidità permanente da infortunio Opzione B - Franchigia Assoluta 5% assorbibile dopo il 14%		0,92‰	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,58 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		10,35‰	
Invalidità permanente da malattia		Fino 25 - 1,04‰ da 26 a 30 - 1,15‰ da 31 a 35 - 1,27‰ da 36 a 40 - 1,52‰ da 41 a 45 - 1,68‰ da 46 a 50 - 1,81‰ da 51 a 55 - 1,93‰ da 56 a 60 - 2,53‰ da 61 a 65 - 2,99‰	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			

Familiare di Associato che non svolge attività manuali

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	Tasso lordo	Premio lordo
Morte da infortunio		0,75‰	
Invalità permanente da infortunio Senza franchigia (fino a € 310.000,00)		1,04‰	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,58 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		10,35 ‰	
Invalità permanente da malattia		Fino 25 - 1,04‰ da 26 a 30 - 1,15‰ da 31 a 35 - 1,27‰ da 36 a 40 - 1,52‰ da 41 a 45 - 1,68‰ da 46 a 50 - 1,81‰ da 51 a 55 - 1,93‰ da 56 a 60 - 2,53‰ da 61 a 65 - 2,99‰	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE E DELLE INFORMATIVE PRECONTRATTUALI (ALLEGATO 3 e 4) DI CUI ALL'ART. 56 COMMA 7 DEL REGOLAMENTO IVASS n. 40/2018, IN RELAZIONE AGLI OBBLIGHI DEGLI INTERMEDIARI ASSICURATIVI.**

Firma per presa visione \_\_\_\_\_



N.B. E' possibile visionare e scaricare tale documentazione accedendo al sito di ANDI Veneto Assicurazioni o presso i locali dell'Associazione.

#### **MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO (VALIDA PER LE GARANZIE RC PROFESSIONALE ED INFORTUNI/MALATTIA)**

In base alla data di adesione alla presente estensione di garanzia, i premi – computati in base alle precedenti tabelle e agli artt. 8.1, 8.2 e 8.3 delle Condizioni di Assicurazione Infortuni / Malattie – sono dovuti alla Compagnia nei seguenti termini:

- 100% del premio annuo per adesioni entro il 10 dicembre;
- 80% del premio annuo per adesioni dall'11 dicembre al 10 marzo;
- 60% del premio annuo per adesioni dall'11 marzo al 10 giugno;
- 30% del premio annuo per le adesioni avvenute successivamente all'11 giugno.

#### **MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il premio di polizza dovrà essere versato su conto corrente bancario intestato a Sigma Studi Assicurativi s.r.l. – Broker di Assicurazioni (Codice IBAN IT 60 S 03104 12001 000000820382) con la seguente causale:

Convenzione ANDI Veneto Assicurazioni – Nome e Cognome

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio viene effettuato a SIGMA Studi Assicurativi s.r.l. – Broker di Assicurazioni, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione.

La garanzia infortuni/malattia facoltativa cesserà, senza alcun obbligo di disdetta, alle ore 24.00 del prossimo 10 settembre indipendentemente dalla data di adesione alla Convenzione.

Firma per adesione \_\_\_\_\_



## **GARANZIA INFORTUNI / MALATTIA**

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2.1 (Dichiarazioni dell'Assicurato – aggravamento del rischio; Art. 2.3 (Decorrenza e durata dell'assicurazione); Art. 3.5 (Rischi non assicurati); Art. 3.16 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 5.4 (Persone non assicurabili); Art. 6.8 (Esclusioni e Variazioni in corso di polizza); Art. 6.10 (Limiti di età); Art. 6.11 (Obblighi in caso di sinistro).

**Firma per approvazione** \_\_\_\_\_



## **GARANZIA RC PROFESSIONALE**

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** **Art. 2 (Coesistenza di altre assicurazioni), Art. 4 (Recesso in caso di sinistro), Art. 17 (Delimitazioni), Art. 18 (Inizio e termine della garanzia); Art. 23 (Denuncia dei sinistri RCT); Art. 24 (Denuncia dei sinistri RCO); Art. 27 (Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri).**

**Firma per approvazione** \_\_\_\_\_



## **GARANZIA INFORTUNI / MALATTIA – OPZIONE FACOLTATIVA**

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 1.1 (Durata del contratto); 1.3 (variazioni); 2.1 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 2.5 (Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo); Art. 3.4 (Rischi non assicurati); 4.2 (Dichiarazioni dell'Assicurato – Aggravamento del rischio); 4.8 (Rischi non assicurati); Art. 4.10 (Attività diverse da quella dichiarata); 6.4 (Persone non assicurabili); 7.7 (Decorrenza della garanzia – Carenze); Art. 7.8 (Esclusioni e variazioni in corso di polizza); 7.9 (Esclusioni e variazioni in corso di polizza); Art. 7.10 (Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione); Art. 7.10 (Limite di età); Art. 7.11 (Obblighi in caso di sinistro).

**Firma per approvazione** \_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE  
DELL'ADERENTE  
ai sensi dell'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018**

**Avvertenza preliminare:**

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Aderente.

Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative dell'Aderente, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza.

**L'Aderente dichiara di voler fornire le informazioni circa le proprie esigenze assicurative?**

sì  – no

1. In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede l'Aderente è consapevole che la polizza cumulativa stipulata da ANDI Veneto Assicurazione potrebbe non essere adeguata rispetto alle proprie esigenze assicurative.
2. In caso di risposta affermativa le dichiarazioni che seguono, risultano appropriate?

**L'Aderente dichiara che:**

- a) con l'adesione alla polizza RC Professionale intende tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme da corrispondere a titolo di risarcimento per danni involontariamente cagionati a terzi a seguito di errori ed omissioni colposi direttamente connessi all'esercizio dell'attività professionale di Medico Odontoiatra;
- b) con l'adesione alla polizza Infortuni intende tutelare sé stesso e i propri familiari contro il pregiudizio economico che dovesse derivare in caso di propria morte o invalidità da infortunio o di invalidità da malattia – escluso il caso di morte da malattia per il quale è necessaria la stipulazione di una polizza vita.
- c) è consapevole che le polizze offerte prevedono limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, evidenziati in apposite sezioni (Polizza RC in particolare artt. 18,19,27 delle C.G.A e Polizza Infortuni in particolare artt. 3.4,4.8,7.8 e 7.10) della polizza convenzione RC n. 12/03/2147383 e della polizza convenzione Infortuni n. 12/05/2371340, di cui ha preso visione con la sottoscrizione del presente modulo;
- d) ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa;
- e) ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle proprie esigenze assicurative.

sì  – no

In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede l'Aderente prende atto che la copertura assicurativa non potrà essere attivata.

**N.B.:** consigliamo di richiederci maggiori informazioni se i contenuti dell'offerta non fossero sufficientemente chiari.

Firma dell'Aderente



## Informativa ai sensi regolamento UE 2016/679 (GDPR) - Codice in materia di protezione dei dati personali

**A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali che La riguardano richiesti o acquisiti, eventualmente anche sensibili e/o giudiziari, saranno trattati dalla Società Reale Mutua Assicurazioni al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

**B) Modalità di trattamento dei dati personali** - I dati sono trattati dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti. Nella nostra Società i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori esterni nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa.

**C) Comunicazione dei dati** - I dati, secondo i casi, limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti che si configurano come Responsabili o Titolari autonomi per specifici ambiti di trattamento.

**D) Diffusione dei dati** - I dati personali non sono soggetti a diffusione.

**E) Conferimento dei dati** - Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo, tuttavia, in mancanza di comunicazione non potremo dar seguito alle finalità descritte al punto A) della presente informativa.

**F) Diritti dell'interessato** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, anche mediante l'utilizzo della posta elettronica, del fax o del telefono e di ricevere immediato riscontro che confermi l'interruzione di tale trattamento (art. 7 del D.Lgs. 196/2003). Per l'esercizio dei Suoi 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, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, Servizio Buongiorno Reale – Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 – E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it)

**G) Titolare del trattamento** - Società Reale Mutua Assicurazioni – Via Corte d'Appello, 11 – Torino.

**H) Responsabile del trattamento** - Il Dirigente pro tempore della Direzione Beni e Patrimonio.

**Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.**

Data   /  /        **Firma** \_\_\_\_\_



**I) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali** - Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Data   /  /        **Firma** \_\_\_\_\_

**L) Relativamente alle finalità di cui alla lettera I),** chiediamo altresì il Suo consenso al fine di permettere alla nostra Società ed ai soggetti sopra indicati di effettuare il trattamento dei Suoi dati anche per il tramite di strumenti di comunicazione elettronica quali e-mail, telefax, messaggi tipo Mms (Multimedia Messaging Service), o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

e-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Precisiamo che il consenso è, nei casi previsti alle lettere I) e L), del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.**