

MODULO DI ADESIONE POLIZZA TUTELA LEGALE - SEDE PENALE
A.N.D.I. VENETO ASSICURAZIONI

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 _____

richiede l'emissione della polizza tutela legale con decorrenza ore 24.00 del _____ con la seguente opzione:

(Indicare con una X l'opzione prescelta):

Opzioni	Premio (comprensivo di imposte)
<input type="checkbox"/> Opzione base – massimale Euro 30.000,00	Euro 120,00
<input type="checkbox"/> Opzione A – massimale Euro 50.000,00	Euro 200,00

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 dell'Aderente



**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
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 Tutela Legale – SEDE PENALE, intende tutelarsi contro il rischio delle spese legali e peritali in conseguenza di fatti derivanti dall'esercizio dell'attività professionale di Medico Odontoiatra;
- b) è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, di cui ha preso visione con la sottoscrizione del presente modulo;
- c) ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa;
- d) 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

