CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS SRL
Sede legale: Via Monte di Pietà n. 1 – 10121 TORINO
Tel. +39 011 5618630 – Fax +39 011 5633084
C.F. e P.Iva: n. 10805310017
R.U.I.: B000429474

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI
Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (D.LGS. 196 DEL 30/06/03)

In conformità a quanto previsto dal DL 196/03, Vi informiamo che i dati personali/sensibili da Voi forniti alla Corporate Insurance Solutions S.r.l. verranno trattati con la massima attenzione per quanto concerne gli aspetti di riservatezza e sicurezza. In particolare, Vi informiamo che:

1) I dati forniti saranno trattati esclusivamente per consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale con Voi instaurato, finalizzato all'esercizio delle attività di intermediazione assicurativa per le quali la Corporate Insurance Solutions S.r.l. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia;
2) Il conferimento dei dati è facoltativo (salvo quando sia richiesto da specifiche normative di legge), tuttavia un eventuale Vostro rifiuto di consentire il trattamento potrebbe comportare l'impossibilità di proseguire il rapporto di cui al punto precedente;
3) I dati forniti non saranno diffusi o ceduti a terzi ma potranno essere comunicati ad altri soggetti(anche fuori dal territorio nazionale) che contribuiscono al regolare svolgimento del rapporto contrattuale con Voi instaurato (assicuratori, coassicuratori, riassicuratori; agenti, subagenti, produttori; periti, consulenti, legali; società di servizi, organismi associativi e di controllo del settore assicurativo etc….); tali soggetti si impegnano a rispettare a loro volta i requisiti di sicurezza/riservatezza imposti dalla legge;
4) In ogni momento potrete esercitare il diritto di controllo, correzione, cancellazione, dei Vostri dati e di opposizione al trattamento degli stessi;
5) Il titolare del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante della Corporate Insurance Solutions S.r.l., Via monte di Pietà n. 1 – 10121 Torino.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

I_I acconsento/acconsentiamo

- Al trattamento dei dati personali comuni che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la società di intermediazione
- Alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati al punto 3) della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1) o obbligatori per legge
- Al trasferimento degli stessi dati fuori dal territorio nazionale con finalità al punto 1).

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Cognome e Nome/Ragione Sociale (in stampatello) Luogo e data----------

---------- Firma----------

CORPORATE INSURANCE
SOLUTIONS SRL
VIA MONTE DI PIETA' N. 1
10123 TORINO
P.I. 10805310017
ISCRIZIONE RUI B000429474
RESPONSABILE DELL'ATTIVITA' DI
INTERMEDIAZIONE BRUNO COTRONEO

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE POLIZZE DANNI OFFERTE
Art. 52 – Regolamento IVASS N. 5/2006 (ex ISVAP)

POLIZZA RCT PROFESSIONALE MEDICO

Dati anagrafici del contraente:

NOME…….. COGNOME……
C.F……..

A1 – INFORMAZIONI PRELIMINARI

Sono state acquisite informazioni su:

AMBITO LAVORATIVO	SI	NO
RESPONSABILITA' CIVILE	SI	NO

A2 – INFORMAZIONI SULL'IMPORTO INVESTIBILE DAL CLIENTE PER LA COPERTURA RICHIESTA

Il Cliente per la copertura richiesta, è disposto a versare un premio annuo

FINO A EURO 250.00.=	SI	NO
FINO A EURO 500.00.=	SI	NO
FINO A EURO 1.000,00.=	SI	NO
OLTRE EURO 1.000,00.=	SI	NO
NON SA NON RISPONDE	SI	NO

A3 – INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE IN RELAZIONE ALLE COPERTURE RICHIESTE

- Protezione del proprio patrimonio da richiesta di risarcimento per danni causati a terzi nell'esercizio della propria professione di Medico/Chirurgo
  LIBERO PROFESSIONISTA SI NO
  DIPENDENTE AZIENDA PUBBL/PRIVATA SI NO
- Esigenza di elevare il massimale di polizze RCT Professionali preesistenti
  SECONDO RISCHIO SI NO

B1 – ARGOMENTI TRATTATI SU CARATTERISTICHE ED EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO OFFERTO

Sono state illustrate le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite? SI NO
Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate, e, in particolare: di recesso? SI NO
Sono state precisate la durata prevista, se necessario rapportandola all'età del contraente, l'eventualità di rinnovo tacito oppure espresso (scadenza secca) nonché facoltà e modalità? SI NO
Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate, e, in particolare:

- Rivalse/Franchigie/Scoperti SI NO
- Delimitazione dell'oggetto della garanzia SI NO
- Esclusioni/Decadenze SI NO
- Massimali/Capitali/Somme assicurate SI NO
- Validità temporale della garanzia SI NO
- Criteri di indennizzabilità/risarcimento SI NO

C1 – DICHIARAZIONI SULLE FINALITA' DELLE DICHIARAZIONI FORNITE

Il **Contraente dichiara** di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatogli.
L'**Intermediario dichiara** che sono state illustrate e valutate col Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data.....

Firma del Cliente..... Firma dell'intermediario.....

C2 – DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il **Contraente dichiara** di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative. L'**Intermediario** prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data.....

Firma del Cliente..... Firma dell'Intermediario.....

C3 – DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO ANCHE IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il **Contraente dichiara** di essere stato ragguagliato dall'**Intermediario**, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della propria proposta assicurativa da Lui richiesta.

MOTIVI DELL'INADEGUATEZZA:

_____

_____

_____

Il **Contraente dichiara** di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Data----------

Firma del Cliente----------Firma dell'Intermediario----------

CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS
INSURANCE BROKER

INFORMATIVA SULLA VENDITA A DISTANZA

Informazioni aggiuntive prima di procedere alla stipulazione del contratto.

Il contraente:

- ha diritto di scegliere se ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente nonché, durante la vigenza del contratto, le comunicazioni previste dalla normativa vigente tramite e-mail (pdf) o supporto cartaceo. In proposito Le chiediamo di effettuare la Sua scelta e inviarne comunicazione in forma scritta via mail o via fax ai recapiti sotto indicati utilizzando il presente modulo;

- può recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dal ricevimento della Polizza stipulata in caso di vendita a distanza

- ha diritto di richiedere la ricezione su supporto cartaceo della documentazione di cui al punto precedente e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza utilizzata manifestando la sua volontà mediante comunicazione in forma scritta via mail o via fax ai recapiti sotto indicati utilizzando il presente modulo;

In base a quanto sopra riportato, il sottoscritto.....dichiara con la presente di voler ricevere tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente nonché, durante la vigenza del contratto, le comunicazioni previste dalla normativa vigente tramite:

☐ Email
pdf

☐ Supporto
cartaceo

Lì,.....

Firma .....

CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS s.r.l.
Via Monte di Pietà, 1 - 10121 TORINO - Tel. 011/561.86.30 - Fax 011/563.30.84 - corporateinsurancesolutions@pec.it

CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS SRL

Modulo D-Mod unificato 7A e 7B Precontrattuale

Ricevuta del contraente, relativa alla consegna della documentazione precontrattuale

DA RESTITUIRE COMPILATO, TIMBRATO E SOTTOSCRITTO

Spett.Le
CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS SRL
Via Monte di Pietà n.1
10121 TORINO

Dati anagrafici del contraente che rilascia la dichiarazione

Cognome e Nome o Ragione Sociale:
Data di nascita:
Comune di nascita:
Codice Fiscale/Partita Iva:
Residenza o Sede Legale:
LOCALITA':

Estremi della polizza o dell'appendice a cui si riferisce la dichiarazione

Compagnia delegataria:
Ramo:
N.Polizza:
Decorrenza:
Descrizione del rischio:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regol. ISVAP n. 5 del 16/10/2006 il sottoscritto contraente dichiara:

- di avere ricevuto il presente modulo D – Mod. Unificato 7A e 7B precontrattuale;
- di essere in attesa/**di aver ricevuto i testi contrattuali della polizza**/appendice sopra indicata;
- di aver ricevuto l'informativa sulla privacy;
- di aver preso atto del diritto di richiedere l'elenco delle Compagnie Assicurative e delle agenzie con cui CORPORATE INSURANCE SOLUTIONS ha in essere o meno autorizzazione ai sensi dell'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 5/2006;
- di avere ricevuto ed accettato la proposta assicurativa nonché tutta la documentazione precontrattuale;
- di avere ricevuto e sottoscritto il relativo questionario di adeguatezza
- di aver ricevuto e sottoscritto l'informativa sulla vendita a distanza

Torino,

Timbro e Firma