

MODULO PROPOSTA

POLIZZA FARMACISTI E PARAFARMACISTI ESSELUNGA

Per info e adesioni: Dott.ssa Serena Bocchi Responsabile

Unit farmacisti e parafarmacisti Esselunga

Tel. 392.93.93.842 - E-mail: info@assifarmacisti.it

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 dei Farmacisti di	Iscrizione Nr.
Retroattività: illimitata	
Massimale: ☐ € 3.000.000 / € 1.000.000 Anno / Sinistro € 44,00	
☐ € 6.000.000 / € 2.000.000 Anno / Sinistro € 48,00	
Effetto Scadenza	
☐ Desidero ricevere le FAD:	
• INTELLIGENZA ARTIFICIALE CONSENSO INFORMATO E PRIVACY IN SANITÀ - Corso aggiornato alla Legge 23 settembre 2025, n. 132 "Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale" – 50 crediti ECM	
• TELEMEDICINA, RESPONSABILITÀ E ASSICURAZIONE – 30 crediti ECM	
☐ Aggiungo la Tutela Legale € 15,00	☐ Rinuncio alla Tutela Legale
☐ Aggiungo la Polizza Aggressioni Silver € 20,00	☐ Rinuncio alla Polizza Aggressioni
☐ Aggiungo la Polizza Aggressioni Gold € 30,00	
☐ Aggiungo la Polizza Penta Virus € 30,00 (Capitale Assicurato € 100.000,00)	☐ Rinuncio alla Polizza Penta Virus
☐ Aggiungo la Polizza Penta Virus € 55,00 (Capitale Assicurato € 200.000,00)	
☐ Aggiungo la Polizza Rischio Cyber € 60,00	☐ Rinuncio alla Polizza Rischio Cyber
IMPORTO TOTALE €	
☐ Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:	
Bonifico bancario: BANCO BPM C/C intestato	
ASSIMEDICI srl IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 - 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 rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.	

Luogo e data della sottoscrizione

_____, il ____ / ____ / ____

Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

Modulo di adesione

Convenzione per la copertura assicurativa della responsabilità civile per colpa grave a carico del farmacista ai sensi della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e successive modifiche ed integrazioni

Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI.
Esso si riferisce al prodotto DUAL Healthcare Colpa Grave dedicato ai Farmacisti.

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI per la valutazione del rischio. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver espletato un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

Attenzione: i termini riportati in lettere maiuscole hanno il significato a loro attribuito nella Sezione "Definizioni: un'utile guida alla comprensione del testo" delle condizioni di POLIZZA.

1. Informazioni generali del Proponente

Nome

Cognome:

Indirizzo:

CAP: Città: Provincia: Regione:

P.IVA: Codice Fiscale:

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Attenzione: nel caso di risposta “Non confermo” anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono **il rischio non potrà essere assunto in autonomia, ma verrà valutato in tailor made da DUAL Italia S.p.A. che valuterà l’assumibilità del rischio.**

Il Proponente conferma di svolgere la professione di Farmacista Dipendente pubblico o privato e di aderire alla polizza collettiva “**Convenzione Farmacisti Healthcare**” a copertura della Responsabilità Civile e Amministrativa Colpa Grave del Farmacista alle seguenti condizioni

☐ Confermo

Limite di indennizzo previsto dalla convenzione:

☐ Non confermo

- Opzione 1: € 1.000.000 per sinistro €3.000.000 in aggregato annuo
- Opzione 2: € 2.000.000 per sinistro €6.000.000 in aggregato annuo
- Retroattività illimitata
- Franchigia: nessuna

Il Proponente è lavorativamente attivo

☐ Confermo

☐ Non Confermo

Il Proponente **NON** prevede cambiamenti nella sua attività nei prossimi 12 mesi (es. pensionamento, cessazione di attività)

☐ Confermo

☐ Non Confermo

Il Proponente conferma che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 3 anni, nei suoi confronti.

☐ Confermo

☐ Non Confermo

Il Proponente conferma che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi confronti.

☐ Confermo

☐ Non Confermo

Avvertenze

Qualora le risposte fornite siano tutte “Confermo”, le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell’emissione della dichiarazione di assicurazione di cui il modulo di adesione forma parte integrante.

Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il DIP, il DIP aggiuntivo, le condizioni generali di assicurazione e le definizioni, contenuti nel set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018 che dovrà essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto.

Firma dell'Intermediario:

Data:/...../..... Firma del Proponente per accettazione:

Il presente documento è aggiornato al mese di Luglio 2025

Le garanzie assicurative di DUAL Healthcare Strutture sanitarie private sono al 100% di Lloyd's Insurance Company S.A.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo disponibile sul sito di DUAL Italia e presso i consulenti assicurativi di DUAL Italia

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o Ragione sociale:

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **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 Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto 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/assicurato

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimediti.it E-mail info@assimediti.it PEC info@assimediti.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

