



### Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva N. 200.059

**AVVERTENZA – PRIMA DELL'ADESIONE AL CONTRATTO SI INFORMA L'ADERENTE/ASSICURATO DEL DIRITTO DI RICEVERE L'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE DELLA POLIZZA COLLETTIVA.**

| DATI DELL'ADERENTE/ASSICURATO |                  |           |                           |
|-------------------------------|------------------|-----------|---------------------------|
| Cognome                       |                  | Nome      |                           |
| Indirizzo                     |                  | Località  | Provincia                 |
|                               |                  |           | CAP                       |
| Data di nascita               | Luogo di nascita | Provincia | Codice Fiscale            |
|                               |                  |           |                           |
| Professione                   | Documento        |           |                           |
|                               | Tipo             | Numero    | Data e luogo di emissione |
|                               |                  |           |                           |

| Decorrenza, scadenza e durata della polizza |                          |          |                          |            |         |        |        |
|---|--------------------------|----------|--------------------------|------------|---------|--------|--------|
| Decorrenza                                  | _ _ _ _ _                | Scadenza | _ _ _ _ _                | Rateazione | annuale | Durata | 1 anno |
| Forma                                       |                          |          |                          |            |         |        |        |
| SINGLE                                      | <input type="checkbox"/> | NUCLEO   | <input type="checkbox"/> |            |         |        |        |
| Opzioni di prodotto                         |                          |          |                          |            |         |        |        |

#### Grandi Interventi Chirurgici

| Opzione | Massimale Grandi Interventi Chirurgici |
|---------|--|
| 1       | 100.000 Euro                           |
| 2       | 150.000 Euro                           |
| 3       | 200.000 Euro                           |

#### Costi e scelta dell'opzione

| Opzione | SINGLE                   | Premio annuo lordo per single (*) | NUCLEO                   | Premio annuo lordo per nucleo (*) |
|---------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 1       | <input type="checkbox"/> | 110,00 Euro                       | <input type="checkbox"/> | 200,00 Euro                       |
| 2       | <input type="checkbox"/> | 145,00 Euro                       | <input type="checkbox"/> | 275,00 Euro                       |
| 3       | <input type="checkbox"/> | 200,00 Euro                       | <input type="checkbox"/> | 385,00 Euro                       |

#### NON autosufficienza

In abbinamento alla copertura **Grandi Interventi Chirurgici SOLO** per il solo capofamiglia viene garantita la copertura

| Ammontare dell'indennità | Periodo massimo di erogazione  |
|--------------------------|--|
| Euro 1.000,00            | Indennità mensile per tutta la durata massimo di anni 3 nello stato di non autosufficienza |

| ELENCO ASSICURATI |      |                 |                 |
|-------------------|------|-----------------|-----------------|
| COGNOME           | NOME | DATA DI NASCITA | GRADO PARENTELA |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |
|                   |      |                 |                 |

#### INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Aderente/Assicurato:  
Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione 40%

**PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Periodicità di pagamento del Premio | • Premio unico anticipato              |
| Mezzi di Pagamento del Premio       | • Bonifico bancario / Assegno bancario |

**REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO**

- La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del Contratto.
- L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite della Contraente, mediante lettera raccomandata inviata a: **Harmonie Mutuelle Italia Via Papa Leone XIII n.14 – Milano**

**IL CONTRAENTE DICHIARA**

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte della Compagnia all'adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico per persone con età pari o superiore a 75 anni, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise e complete;
- di esser stato avvertito che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese alla contraente possono compromettere il diritto alla prestazione oltre che, la copertura ed il relativo premio, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, della Compagnia;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni;
- di essere a conoscenza dei termini e delle modalità di pagamento del premio di assicurazione;
- di esser stato informato che qualsiasi comunicazione con la Compagnia dovrà essere effettuata nelle modalità previste nelle condizioni generali di assicurazione;
- di conoscere e acconsentire al fatto che le comunicazioni in corso di contratto potranno avvenire anche mediante l'utilizzo di comunicazione a distanza (e.mail/ Pec/ Fax);

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO**

**APPROVAZIONE SPECIFICA CLAUSOLE VESSATORIE**

Ai sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, la Contraente dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni previste nelle Condizioni di Assicurazione allegate al Set informativo:

Art 1.1 Prestazioni assicurate; Art 1.2 Esclusioni; Art. 1.3. Limiti d'Età – persone non assicurabili; Art 1.4 Limiti Territoriali; Art 1.5 Periodo di carenza; Art 1.6 Tacito rinnovo del contratto; Art 1.7 Recesso Anticipato dell'Assicurato; Art 1.8. Art. 1.8 Recesso in caso di Sinistro (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA); Art Art. 1.9 Anticipata risoluzione del contratto (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA) Art 1.10 Forma delle comunicazioni; Art 1.11 Variazioni di rischio, Art 1.15 Assicurazioni per conto altrui; Art 1.17 Altre assicurazioni; ; Art 1.18 Identificazione delle persone assicurate , Art 1.19 Determinazione del premio; Art. 1.22 Collegio medico; Art 1.23 Foro competente Art 1.24 Reclami; Art. 2.1.2 Denuncia del danno e obblighi Assicurato; Art 2.2.4 Obblighi dell'assicurato.

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO**

**IO SOTTOSCRITTO ADERENTE/ASSICURATO**

**DICHIARO DI AVERE RICEVUTO E DI AVERNE PRESO PIENA VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE:**

- Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti" e "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto";
- Set Informativo :
  - Condizioni di Assicurazione (comprendente di Glossario);
  - Richiesta di Adesione (fac-simile).

**DICHIARO DI AVER LETTO, COMPRESO ED ACCETTATO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Con l'apposizione della firma sotto, DICHIARO di voler aderire alla Polizza Collettiva e di voler attivare le coperture assicurative (a seconda dell'Opzione da me scelta), accettando integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute nel Set Informativo.

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)**

L'Assicurato di polizza, dopo aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della Compagnia, dichiara di essere titolare del diritto al trattamento dei dati dei soggetti individuati in polizza e, che in qualità di Titolare del trattamento dei dati, come indicato nelle Informazioni sul Trattamento dei dati personali, contenute all'interno del Set Informativo precontrattuale ricevuto, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in piena libertà, e ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione, esprime il consenso: a) al trattamento dei propri dati personali, identificativi e sensibili - e di quelli delle persone incluse nel contratto assicurativo - ivi compresi quelli relativi allo stato di salute, funzionali al rapporto giuridico da concludere e/o in essere con la Compagnia; b) alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nella predetta informativa o obbligatori per legge; c) al trasferimento degli stessi dati all'Estero come indicato nella predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE). Il sottoscritto acconsente, si impegna e si assume l'onere di consegnare copia dell'informativa prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

ACCONSENTO / IAMO  SI  NO

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO**



**SCHEDA DI ISCRIZIONE  
ALL'ASSOCIAZIONE  
SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI**

**Da inviare via fax allo: 02.89.78.68.55  
unitamente al modulo di proposta**

|                                |         |                 |
|--------------------------------|---------|-----------------|
| Cognome                        | Nome    |                 |
| Luogo                          | Prov    | Data di nascita |
| Telefono/Cellulare             | E-mail  |                 |
| Indirizzo                      | Cap     |                 |
| Città                          | Prov.   |                 |
| Cod. Fiscale                   |         |                 |
| Professione / specializzazione |         |                 |
| Ordine / Albo /Collegio di     |         |                 |
| Numero di iscrizione           | in data |                 |

**Richiede l'iscrizione all'Associazione  
SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI**

- AUTORIZZA l'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci

Data

Firma

\_\_\_\_\_  
SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI  
20123 Milano, via San Vincenzo 3  
CF: 97625970153  
[www.symposiumdeiprofessionisti.it](http://www.symposiumdeiprofessionisti.it)

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Set informative

.....  
Data e Luogo

**Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i**

|   |
|---|
| <p><b>Cognome e Nome</b><br/>o <b>Ragione sociale:</b><br/>Codice fiscale o<br/>Partita IVA:<br/>Indirizzo residenza o<br/>Sede legale:<br/>Cap / Città / Provincia:</p>  |
| <p>In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3</b></li> </ul> <p style="text-align: right;">.....<br/><b>Il contraente</b></p>  |
| <p>In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>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; Allegato 4</b></li> <li>• <b>la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.</b></li> </ul> <p style="text-align: right;">.....<br/><b>Il contraente</b></p>   |
| <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>documenti componenti i SET INFORMATIVO delle polizze richieste.</b></li> </ul> <p style="text-align: right;">.....<br/><b>Il contraente</b></p>  |
| <p>In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>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 presente nelle polizze di responsabilità civile.</b></li> </ul> <p style="text-align: right;">.....<br/><b>Il contraente</b></p>  |
| <p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>acconsento</b> 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;</li> <li>• <b>_____ acconsento*</b> (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 di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;<br/><small>* (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 indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").</small></li> </ul> <p>Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.</p> <p style="text-align: right;">.....<br/><b>Il contraente</b></p> |

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

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?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **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