

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE UNIFICATA EX ART.56 REGOLAMENTO IVASS 40/2018

Regolamento IVASS N.40/2018 – ALLEGATO 3

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (“Codice”) e del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell’esercizio dell’attività, gli intermediari:

A) **Prima della sottoscrizione** della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto:

- **consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato 4 del Regolamento Ivass n.40/2018)** che contiene i dati essenziali dell’intermediario stesso e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto d interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- forniscono al contraente in forma chiara e comprensibile informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura e ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;

B) **Sono tenuti a proporre o consigliare contratti coerenti** con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell’assicurato; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

C) **Informano il contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le sue richieste ed esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall’intermediario non coerente, lo informano di tale circostanza, specificandone i motivi, dandone evidenza in un’apposita dichiarazione, sottoscritta dal contraente e dall’intermediario;

D) **Consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;**

E) Possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti **mezzi di pagamento**:

1. **Assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all’impresa di assicurazione oppure all’intermediario, espressamente in tale qualità;
2. **Ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi i sistemi di pagamento elettronico anche nella forma on line**, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. **Denaro contante, esclusivamente** per i contratti di assicurazione contro i danni del **ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie** (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), con il limite consentito dalla vigente normativa nonché per i contratti degli altri rami danni con **il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.**

Regolamento IVASS N.40/2018 – ALLEGATO 4

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA, NON PREVISTA, DEL CONTRATTO, NONCHE’ IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, il distributore ha l’obbligo di consegnare il presente documento che contiene notizie sul distributore medesimo, su potenziali situazioni di conflitti di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L’inosservanza dell’obbligo di consegna è punita con le pene previste dall’art.324 del D.Lgs. 209/2005 Codice delle Assicurazioni Private.

SEZIONE I

INFORMAZIONI GENERALI SULL’INTERMEDIARIO CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE E SUL BROKER CHE INTERMEDIA IL CONTRATTO

1. INTERMEDIARIO (PERSONA FISICA) ISCRITTO AL REGISTRO DEGLI INTERMEDIARI (RUI) CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CLIENTE	
NOME E COGNOME	
ISCRIZIONE RUI: SEZIONE E NUMERO	Sezione: N.ro
INDIRIZZO EMAIL E TELEFONO	Email: Recapito Telefonico:
Nella sua qualità di: Addetto all’intermediazione al di fuori dei locali del broker (dipendente/collaboratore)	

DATI DEL BROKER CHE INTERMEDIA IL CONTRATTO	
RAGIONE SOCIALE	CLUB MEDICI BROKER S.R.L.
ISCRIZIONE RUI: SEZIONE E NUMERO	SEZIONE B – BROKER RUI B000442580
SEDE LEGALE E SEDE OPERATIVA	VIA GIOVANNI BATTISTA DE ROSSI 26/28 – 00161 ROMA
INDIRIZZO EMAIL E TELEFONO	Email: info@clubmedicibroker.com PEC: clubmedicibroker@pec.it Recapito Telefonico TEL. 06 8607891 FAX 06 86201328 Indirizzo web: www.clubmedici.com

I dati identificativi e di iscrizione dell'intermediario, sopra forniti, possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) sul sito Ivass: www.ivass.it

Autorità Competente alla Vigilanza: IVASS – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma

SEZIONE II

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' SVOLTA DALL'INTERMEDIARIO ASSICURATIVO E RIASSICURATIVO

- a) L'attività di CLUB MEDICI BROKER S.R.L. viene svolta su incarico del cliente
- b) CLUB MEDICI BROKER S.R.L. ha in corso rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'art. 22 D.L. 179/2012 convertito in L.221/2012 di cui elenco all'Allegato A (Tale elenco è comunque disponibile sul sito www.clubmedici.com)
- c) Con riferimento al pagamento dei premi CLUB MEDICI BROKER S.R.L. dichiara che i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti alle Imprese di assicurazione, se regolati per il tramite del broker costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio del broker stesso.

SEZIONE III

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE REMUNERAZIONI

Il compenso relativo all'attività svolta da CLUB MEDICI BROKER S.R.L. per la distribuzione del presente contratto è rappresentato da:

- a) () onorario concordato corrisposto dal cliente
- b) () commissione inclusa nel contratto assicurativo
- c) () altra tipologia di compenso
- d) (X) **combinazione delle diverse tipologie di compenso**

Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dalle Imprese per i contratti RCA

(in attuazione alle disposizioni dell'art 131 del Codice delle Assicurazioni e del Regolamento Isvap n. 23/2008 che disciplinano la trasparenza dei premi e delle condizioni del contratto nell'assicurazione obbligatoria veicoli e natanti)

Per i contratti RCA, è disponibile una tabella consultabile sul sito www.clubmedici.com nella quale sono specificati i livelli **provvigionali riconosciuti all'intermediario** dall'impresa di assicurazione.

Le provvigioni in cifra fissa ed in percentuale sul premio lordo, riconosciute per il contratto proposto, cui la presente informativa si riferisce, sono invece rilevabili dal preventivo o dallo stesso contratto. Nel caso di contratto intermediato tramite Agenzia di assicurazione ovvero altro intermediario .le provvigioni indicate sono quelle riconosciute dall'Impresa di assicurazione all'intermediario che colloca il contratto, mentre quelle riconosciute da quest'ultimo al broker, **facoltativamente indicate**, sono parte delle precedenti e non rappresentano quindi un aumento del premio.

Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dalle Imprese per prodotti Ibips

(In attuazione delle disposizioni dell'art. 121 sexies del Codice delle Assicurazioni che disciplinano gli obblighi di trasparenza delle remunerazioni sui prodotti di investimento assicurativo le informazioni devono riguardare non solo la natura delle remunerazioni ma anche il costo del prodotto (caricamenti) in forma aggregata; su richiesta del contraente anche in forma analitica).

Per i prodotti IBIPs (Insurance Based Investment Products) vengono dichiarati di volta in volta

1. costo caricamenti _____
2. provvigione percepita _____ (solo su richiesta)

SEZIONE IV

INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il soggetto che entra in contatto con il cliente e/o il broker non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'Impresa di assicurazione del presente contratto.

Nessuna Impresa di assicurazione o impresa controllante di una Impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto del broker.

Con riguardo al contratto proposto CLUB MEDICI BROKER S.R.L. dichiara che:

- propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più Imprese di Assicurazione e non fornisce consulenza ex art. 119-ter comma 4;
- comunica che non è vincolata a obblighi contrattuali di esclusiva con un'Impresa di Assicurazione, ma ha rapporti di affari con più Imprese d'Assicurazione. L'elenco di dette Imprese con cui il broker ha o potrebbe avere rapporti d'affari è a disposizione del Cliente e consultabile sul sito web: www.clubmedici.com

SEZIONE V

INFORMAZIONI SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DEL CONTRAENTE

CLUB MEDICI BROKER S.R.L. informa:

- che l'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione di responsabilità civile che copre i danni arrecati ai contraenti, da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali e infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- che il contraente l'assicurato o comunque l'avente diritto, tramite consegna a mano, via posta o mediante supporto informatico ha facoltà di proporre **reclamo** per iscritto al Broker al seguente indirizzo :

CLUB MEDICI BROKER S.R.L.
Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 – 00161 Roma
Telefono: 06 8607891
Posta elettronica: info@clubmedicibroker.com PEC – Posta Elettronica Certificata: clubmedicibroker@pec.it

Nel caso in cui non si ritenesse soddisfatto dall'esito del reclamo o, in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo, il contraente e/o l'assicurato può rivolgersi all' **Ivass – Servizio Vigilanza Intermediari – Via del Quirinale 21- 00187- Roma**, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario.

In caso di rapporti di collaborazione tra Club Medici Broker S.r.l. e altri intermediari ("intermediari collocatori") il reclamo è gestito dall'intermediario che ha il rapporto diretto con l'Impresa di assicurazione definito ai sensi del Regolamento Ivass n. 24/2008 "intermediario collocatore".

In tali casi, fatto salvo il diritto del Contraente di inviare copia del reclamo anche all'intermediario proponente di cui al punto 3, il reclamo deve essere trasmesso all'intermediario collocatore.

- che il contraente ha la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ovvero di ricorrere a sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie previsti dalla normativa vigente;
- che il contraente ha la possibilità di rivolgersi al **Fondo di Garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e riassicurazione**, istituito presso la **Consap**, Via Yser 14, 00198 Roma, telefono 06/85796538 E-mail: fondobrokers@consap.it per chiedere, laddove ne esistano i presupposti ed il diritto a farlo, il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività d'intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.

Con riferimento al contratto proposto emesso/emittendo il rischio è collocato: direttamente con le Imprese di Assicurazione, con Agenzie mandatarie di Imprese, e per il tramite di Altri Intermediari (Broker) ex art. 22 L.221/2012.

Direttamente con l'Impresa	Autorizzazione ex Art.118 Cap	pagamento liberatorio garantito da Conto Separato ex art.117 CAP
Per il tramite di Agenzia mandataria dell'Impresa	Accordo ratificato ex Art.118 Cap	pagamento liberatorio garantito da Conto Separato ex art.117 CAP
Per il tramite di Altro Intermediario ex art.22 L.221/2012		Pagamento non liberatorio

N.B.: Nel caso il broker abbia ricevuto autorizzazione all'incasso dei premi per conto dell'Impresa di assicurazione o dell'Agenzia, ai sensi degli artt. 118 C.a.p. e 65 Reg. Ivass n. 40/2018 il pagamento del premio eseguito al broker ha effetto liberatorio nei confronti del contraente e impegna l'Impresa o, in caso di coassicurazione tutte le imprese coassicuratrici ad assicurare la copertura assicurativa oggetto del contratto.

In assenza della suddetta autorizzazione, il pagamento del premio eseguito in buona fede al broker non ha immediato effetto liberatorio e, conseguentemente, non impegna l'Impresa o in caso di coassicurazione tutte le imprese coassicuratrici ad assicurare la copertura assicurativa oggetto del contratto.

PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

A. AVVERTENZE PER IL CONTRAENTE

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a conoscere le Sue aspettative e le Sue esigenze per poter individuare i prodotti assicurativi rispondenti ai Suoi bisogni in ambito famiglia, salute, lavoro, tempo libero e ai suoi beni. Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere all'obbligo, da parte dell'intermediario/distributore assicurativo, previsto dalla normativa vigente, di proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze dei clienti.

Qualora il Contraente rifiuti di fornire le informazioni richieste, la valutazione dell'adeguatezza del contratto, rispetto alle esigenze assicurative dello stesso, potrebbe essere pregiudicata e il Contraente dovrà rilasciare una dichiarazione attestante il rifiuto stesso.

Prima di procedere alla compilazione del presente Questionario/Proposta, La invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

- 1) **risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;**
- 2) **se taluno dei quesiti che le vengono posti richiede una risposta articolata, utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato;**
- 3) **rammenti che le risposta fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire - oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitarLe di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenerne l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze a suo danno sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;**

B. INFORMAZIONI ANAGRAFICHE RIGUARDANTI IL CONTRAENTE / ASSICURANDO

Nome Cognome / Ragione Sociale		Codice Fiscale / Partita IVA	
Età del Contraente/ Assicurando		Età (anni)	
Quali obiettivi intendete perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?			
Tutelare il proprio patrimonio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Rispettare obblighi contrattuali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Garantire una somma assicurata ai propri eredi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vincolare la polizza ad un istituto di credito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro (specificare)			

C. STATO OCCUPAZIONALE

Attività:	_____
Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?	<input type="checkbox"/> 1. Occupato con contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> 2. Lavoratore autonomo / Libero Professionista <input type="checkbox"/> 3. Occupato con contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> 4. Pensionato <input type="checkbox"/> 5. Non Occupato / Altro (specificare): _____

D. PERSONE DA TUTELARE

Quali sono i soggetti destinatari assicurativi?
<input type="checkbox"/> Sé stesso <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altri soggetti

E. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'INTERMEDIARIO

E1 - Dichiarazione del Contraente di avere fornito tutte le informazioni richieste e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni e le indicazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli.

Il 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 previste. Pertanto, il Contraente richiede di procedere alla copertura dei rischi e all'emissione della polizza conforme alle esigenze e ai bisogni espressi, sinteticamente rappresentati nelle sezioni del precedente documento.

L'Intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate con il Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data		Nome e Cognome (o Ragione sociale) del Contraente	Nome e Cognome dell'Intermediario
		Firma _____	Firma _____

E2 - Dichiarazione del Contraente di NON AVERE FORNITO una o più delle informazioni richieste e ordine di copertura

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. Pertanto richiede di procedere alla copertura dei rischi e all'emissione della polizza nei termini sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento., **pur in mancanza di talune informazioni richieste dall'intermediario.**

L'Intermediario prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data		Nome e Cognome (o Ragione sociale) del Contraente	Nome e Cognome dell'Intermediario
		Firma _____	Firma _____

E3 - Dichiarazione del Contraente di preso atto della POSSIBILE INADEGUATEZZA della proposta e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di essere stato raggugliato dall'Intermediario, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta di copertura da lui richiesta.

Motivi dell'inadeguatezza:

Il Contraente dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto. Pertanto esprime un ordine irrevocabile volto ad ottenere l'emissione della polizza nei termini dallo stesso richiesti, sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento.

Data		Nome e Cognome (o Ragione sociale) del Contraente	Nome e Cognome dell'Intermediario
		Firma _____	Firma _____

NOTE IMPORTANTI

- Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dal Contraente, sia per valutare l'adeguatezza del contratto offerto. In ogni caso il presente documento NON potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali ed il contraente è invitato a leggere con attenzione il FASCICOLO INFORMATIVO fornito dalla Compagnia ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35/2010, composto dalla Nota Informativa, dal Glossario e dalle Condizioni di Assicurazione.

INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE AL CONTRAENTE
SUI CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONCLUSI A DISTANZA

Ai sensi dell'Art. 8 del Regolamento ISVAP nr. 34 del 19 marzo 2010 (recante disposizioni in materia di promozione e collocamento a distanza di contratti di assicurazione), come richiamato dall'art. 59 comma 2 lett. d) del Regolamento ISVAP n. 5/2006 (regolamento sull'intermediazione assicurativa).

Prima dell'acquisto della polizza e di essere vincolato all'adesione conclusa a distanza, La informiamo di quanto segue:

- a) Lei ha diritto di scegliere se ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o su altro supporto durevole (documento .pdf che Le verrà proposto di visualizzare, scaricare e stampare all'atto del completamento della procedura di adesione);
Qualora scelga di riceverla su supporto cartaceo La preghiamo di inoltrarci la relativa richiesta al ns. indirizzo di posta elettronica : info@clubmedicibroker.com
Prima dell'adesione a distanza del contratto, avrà la possibilità di visualizzare, scaricare e salvare e stampare l'integrale documentazione pre-contrattuale e contrattuale della polizza (Fascicolo Informativo della Compagnia, Moduli di Proposta/Adesione, Questionario di Adeguatezza ove previsto, Documentazione Informativa Pre-Contrattuale prevista dalla Normativa vigente, e Autorizzazione Privacy di CLUB MEDICI BROKER Srl).
Tutta la documentazione Le verrà poi comunque inviata (via posta elettronica o via posta cartacea) sulla base della scelta concordata e indicata in precedenza.
- b) Lei ha diritto di richiedere in ogni momento e senza oneri la ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza. Tale diritto può essere esercitato contattando il Servizio Clienti all'indirizzo di posta elettronica: info@clubmedicibroker.com
- c) la Compagnia assicuratrice potrà richiedere la sottoscrizione e ritrasmissione, in forma di originale cartaceo, della documentazione contrattuale (copie del contratto di spettanza della Compagnia, qualora si tratti di contratti ad adesione individuale, e altra documentazione annessa: autorizzazione privacy, ricevuta della informativa pre-contrattuale, etc.) ovvero del modulo di adesione per i contratti ad adesione collettiva.
- d) Non appena ricevuto il pagamento del premio assicurativo, sarà nostra cura richiedere alla Compagnia assicuratrice la messa in copertura del rischio e l'emissione della polizza o del certificato assicurativo. La data effettiva di copertura del rischio sarà indicata nel certificato di polizza.
- e) La polizza diviene attiva alle ore 24:00 del giorno lavorativo successivo all'avvenuta verifica dell'accredito di pagamento del premio.
- f) Il Sig. Dario De Pasquale (iscrizione RUI Sez.E n.ro 000084216) è responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione a distanza e potrà essere contattato all'indirizzo email: assicurati@clubmedici.com e info@clubmedicibroker.com

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Informativa ai sensi dell'art. 13 E DELL'ART. 14 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 e art. 14 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito "GDPR") e in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare del trattamento in ambito italiano è CLUB MEDICI BROKER S.r.l. (nella persona dell'Amministratore Unico pro tempore), con sede in Italia, Via Giovanni Battista De Rossi 26/28, 00161 Roma
Email: info@clubmedicibroker.srl Tel. 068607891 Fax 0686201328

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

a) è diretto all'espletamento delle:

- attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile),
- e di quelle attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge quali, a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

b) qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali:

a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto e interconnessione; utilizzo comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione e distruzione; sicurezza e protezione, comprese accessibilità e confidenzialità, integrità tutela.

b) è effettuato anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati.

c) è svolto dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;

d) è svolto tramite società di fiducia nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali.

e) può avvenire, per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso Club Medici Broker che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, intermediari, altri broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a. Obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (a es. antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile) limitatamente ai dati personali richiesti in forza di leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b. Obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica di Club Medici Broker.
- c. Facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- Nei casi di cui al punto 4, lett. a) e b) (conferimento obbligatorio) comporta l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri
- Nel caso di cui al punto 4, lett. c) (conferimento facoltativo) non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato.

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 2, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori;

- agenti, intermediari assicurativi, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione;
- legali, periti e autofficine;
- società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione;
- organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo;
- IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, COVIP, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (a esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione);
- altri enti pubblici.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2. "Finalità del Trattamento dei Dati".

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai contitolari del trattamento:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso - art.15 GDPR).
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica-art.16 GDPR)
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio)(art. 17 GDPR)
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione)(art. 18 GDPR)
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità)(art. 20 GDPR)

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione)(art. 21 GDPR)

Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo di Club Medici Broker, oppure mediante telefax o posta elettronica.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa: vedi 2.a) e 3.a)

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, da parte del Titolare, per finalità di marketing

Firma dell' Interessato:

RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Spettabile
CLUB MEDICI BROKER Srl
Via Giovanni B. De Rossi 26/28
00161 ROMA

Il sottoscritto **Contraente/Assicurando:**

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	
CODICE FISCALE / PARTIVA IVA	

Estremi della Polizza cui si riferisce la dichiarazione:

IMPRESA DI ASSICURAZIONE	
RAMO	
N.RO POLIZZA	
DECORRENZA	

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018,

dichiara:

- di **avere ricevuto l'allegato 3** (documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento cui l'intermediario è tenuto) e **l'allegato 4** (dichiarazione con i dati essenziali dell'intermediario, potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente) e tutta la **documentazione precontrattuale e contrattuale** prevista dalle disposizioni vigenti.

Dichiara inoltre:

-di aver preso visione dell'informativa sul "Trattamento dei Dati Personali" (rif. GDPR 679/2916) e di aver conferito il consenso secondo le proprie esigenze e i propri diritti.

- di aver preso visione, e di aver conferito e firmato il mandato a Club Medici Broker Srl scelto come broker fiduciario nei termini e nelle condizioni stabilite nel mandato stesso.

Luogo: _____

Data: ____/____/____

Firma:

(se persona giuridica: Timbro e Firma di un procuratore)

Spett.le

CLUB MEDICI BROKER S.R.L.
Via Giovanni Battista De Rossi 26/28
00161 Roma

Oggetto: **Mandato di Brokeraggio Assicurativo**

Io sottoscritto/a Dott./ssa _____, nato a _____, il _____

preso atto che la Società Club Medici Broker Srl è regolarmente iscritta alla sezione B del Registro Unico degli Intermediari R.U.I. (D. Lgs. N.209/2005) al numero 000442580, con la presente Vi nomino mio broker esclusivo e Vi affido l'incarico di prestarci assistenza e consulenza in materia di rischi e di esigenze assicurative, nonché di gestire le polizze già in essere e le eventuali polizze che dovessi contrarre attraverso la Vs. consulenza e indicazione.

Prendo atto che, nell'ambito del Vostro mandato, mi fornirete tutta l'assistenza e consulenza necessarie alla tutela dei miei interessi nei confronti delle Compagnie di Assicurazione, sia in sede di negoziazione delle coperture che nella trattazione di eventuali sinistri, fino a che rimarrà in vigore il presente mandato.

Vi autorizzo sin d'ora, per la gestione dei sinistri, ad avvalerVi sotto la Vs. supervisione di società terze che opereranno in *outsourcing* su Vostro mandato, ed in particolare della Legal Service Srl (P. Iva 07551261212), che svolge il servizio in favore degli iscritti all'Associazione Club Medici.

Sarà mia cura provvedere tempestivamente al versamento dei premi dovuti entro e non oltre i termini previsti dalle polizze.

E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici esperti di Vostra fiducia, del cui operato sarete comunque responsabili e le cui prestazioni saranno a mio o a Vostro carico, secondo accordi da definire caso per caso.

Sarà naturalmente mia facoltà sottoscrivere i contratti da Voi proposti e ogni altro documento riguardante la gestione assicurativa predetta, e resta altresì inteso che per l'incarico conferitoVi e per il suo espletamento non graveranno su di me oneri di alcun genere, salvo diversi accordi, in quanto la Vs. opera verrà remunerata, secondo consuetudine di mercato, per il tramite delle Compagnie di Assicurazione presso le quali collocherete le nostre coperture.

La presente nomina, che ha effetto immediato, avrà durata annuale e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno sino ad eventuale disdetta da una delle due parti che dovrà essere comunicata a mezzo lettera raccomandata almeno tre mesi prima della data di cessazione dell'incarico.

Resta inteso che con la cessazione del presente incarico, anche la gestione dei sinistri eventualmente in corso, non sarà più di Vostra competenza e quindi sarà mia esclusiva cura provvedere al recupero dell'intera documentazione presso i Vostri uffici, con Vostro esonero dall'obbligo di rendiconto e di qualsiasi Vostra responsabilità.

Avendo preso visione dell'informativa ex. art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") da Voi fornita, Vi autorizzo fin d'ora, per un corretto ed efficiente svolgimento del presente mandato di brokeraggio, al trattamento dei miei dati, ivi incluse le categorie particolari di dati personali (c.d. "dati sensibili"), nei limiti di quanto ivi previsto, inclusa la comunicazione a soggetti terzi nominati responsabili del trattamento, in osservanza delle disposizioni del GDPR e del novellato D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii. Ringraziando per la Vs. collaborazione, Vi porgo i miei migliori saluti.

Roma, li _____

Per accettazione
Club Medici Broker Srl



Firma Persona Fisica
Timbro e Firma Persona Giuridica/Procuratore