

Lettera di incarico

Preso atto che la Società CLUB MEDICI BROKER S.r.l. è iscritta alla Sezione B del Registro Unico Intermediari di Assicurazione (D.Lgs.N. 209/2005) al numero 000442580, con la presente Vi conferiamo l'incarico, in via esclusiva, di formulare ed amministrare il nostro programma assicurativo, di proporre contratti di assicurazione o compiere altri atti preparatori relativi alla loro conclusione, eventuale rinnovazione o modifica, il tutto in conformità degli accordi che di volta in volta interverranno con noi.

Nell'ambito dell'incarico di cui sopra Voi curerete nel nostro interesse e per nostro conto la gestione dei rapporti con le compagnie nella fase di determinazione del contenuto dei contratti assicurativi e nella loro esecuzione anche con riguardo alla gestione di eventuali sinistri.

In attuazione del predetto incarico, su nostra richiesta o su Vostra iniziativa ci fornirete la consulenza riferita ad uno o più contratti di assicurazioni che, ai sensi dell'art. 119 ter del Cap, prevede la consegna di una raccomandazione personalizzata da consegnare unitamente alla proposta assicurativa.

Vi preghiamo di voler comunicare alle compagnie il conferimento del presente incarico, autorizzandoVi, se dalle stesse richiesto, a consegnarne loro copia, al fine di abilitarvi ad interloquire con le stesse con riferimento agli adempimenti che ci riguardano ed alle esigenze delle nostre polizze.

Resta a noi riservata la sottoscrizione delle polizze assicurative, nonché delle comunicazioni di disdetta o di recesso relativamente alle polizze stesse, nonché l'accettazione delle proposte di liquidazione di eventuali sinistri.

Ai fini assicurativi oggetto del presente incarico eleggiamo domicilio presso i Vostri uffici, impegnandoci ad informarVi immediatamente di qualunque iniziativa che le compagnie assicuratrici assumessero direttamente nei nostri confronti ed impegnandoci sin da ora ad a rendervi puntualmente disponibili, nel rispetto dei termini contrattualmente previsti, gli importi corrispondenti ai premi delle polizze da Voi intermedie nel nostro interesse e da noi accettate.

Il presente incarico ha decorrenza dalla data sotto riportata e resterà in vigore a tempo indeterminato sino a nostra eventuale revoca scritta, ovvero sino a Vostra formale rinuncia; revoca e rinuncia che dovranno entrambe essere comunicate alla controparte a mezzo lettera raccomandata inviata con un preavviso di almeno 60 giorni.

Il presente incarico non comporterà onere alcuno a nostro carico per compensi o rimborsi spese a Vostro favore, dando Voi espressamente atto di nulla avere a pretendere al riguardo nei nostri confronti per le prestazioni rese, trovando esse remunerazione nelle provvigioni riconosciute all'intermediario dagli assicuratori, secondo gli usi consolidati del mercato. La consulenza personalizzata da fornire ai sensi dell'art. 119 ter potrà dare origine ad uno specifico compenso, così come gli eventuali patti diversi sul tema delle remunerazioni, che saranno validi solo se concordati di volta in volta in forma scritta.

Li, _____

Data ____/____/____

Firma del Cliente/Proponente/Assicurato

INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, **prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione**, di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse

SEZIONE I

Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente e sul broker che intermedia il contratto.

1. INTERMEDIARIO (PERSONA FISICA) CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CLIENTE

Nome e Cognome _____

Sezione RUI: Sez.E Numero _____ Data iscrizione: ____/____/____

Indirizzo Sede Operativa: Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 – 00161 Roma c/o CLUB MEDICI BROKER S.r.l.

Telefono 06 8607891 Cellulare _____

e-mail _____

Nella sua qualità di:

Addetto all'intermediazione al di fuori dei locali del broker (dipendente/collaboratore)

Addetto all'intermediazione all'interno dei locali del broker

2. ATTIVITA' SVOLTA PER CONTO DI:

Denominazione sociale: CLUB MEDICI BROKER S.r.l.

Sede Legale e Sede Operativa: Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 - 00161 Roma

N° Iscriz. RUI/Sez. B : 000442580 Data iscrizione: 18/03/2013

Sito internet: www.clubmedicibroker.it Telefono: 06 8607891 Fax: 06 86201328

E-mail: info@clubmedicibroker.com PEC: clubmedicibroker@pec.it

3. 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'attività svolta dall'intermediario assicurativo e riassicurativo

a. Il broker informa che i seguenti **elenchi** sono disponibili per la consultazione presso i propri locali e sono anche anche disponibili per la consultazione sul sito internet: www.clubmedicibroker.it

Ed.2021 marzo 31 (vers.1)

1. L'elenco recante la denominazione della o delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha rapporti di affari, anche sulla base di una collaborazione orizzontale
2. L'elenco degli obblighi di comportamento di cui all'allegato 4 ter del Regolamento IVASS 40/2018

b. il broker informa il cliente che ha la possibilità di richiedere la consegna o la trasmissione dell'elenco di cui al punto 1. mediante l'utilizzo di strumenti telematici.

SEZIONE III

Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto interesse

CLUB MEDICI BROKER S.r.l. dichiara che:

- il soggetto Intermediario che entra in contatto con il cliente e **il broker CLUB MEDICI BROKER S.r.l.** non detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna Impresa di Assicurazione.
 - 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 CLUB MEDICI BROKER S.r.l.
 - con riguardo al contratto proposto, direttamente o tramite i suoi intermediari collaboratori, ha fornito una consulenza imparziale.

SEZIONE IV

Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

Il broker CLUB MEDICI BROKER S.r.l. informa:

- a) che l'attività di intermediazione esercitata è garantita da un **contratto di assicurazione della 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;
- b) che il contraente o 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

Email: reclami@clubmedicibroker.com

Pec: 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, secondo quanto indicato nel DIP aggiuntivi.

- c) che il contraente ha la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, o di ricorrere a sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie previsti dalla normativa vigente indicati nei DIP aggiuntivi;
- d) 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 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.

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 ss.mm.ii. 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:



DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TELEMATICI

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare il Sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

autorizza il broker a trasmettere tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di adeguatezza dei contratti, l'informativa precontrattuale e i documenti contrattuali per mezzo di strumenti informatici al seguente indirizzo di posta elettronica:

indirizzo email: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni del recapito indicato.

L'autorizzazione è conferita per:

Tutti i contratti intermediati

Polizza _____

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dal Broker che la presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento, anche per mezzo di registrazione vocale e che tale revoca potrà comportare l'applicazione, a mio carico, degli oneri connessi alla stampa e all'invio della documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti intermediati per il tramite del broker in esecuzione del presente incarico.

La presente autorizzazione alla trasmissione della documentazione in formato elettronico:

Comprende

Non comprende

l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali da parte del broker e/o di altri soggetti che con lo stesso operino o collaborino.

Distinti saluti

Lì, _____

Data ____/____/____

Firma del Cliente/Proponente/Assicurato

INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

DATI DELL'INTERMEDIARIO

NOME.....**COGNOME**.....

N° DI ISCRIZIONE AL RUI - () **Sezione B** () **Sezione E** **Numero**

OPERA PER CONTO DI: CLUB MEDICI BROKER S.r.l.

Club Medici Broker Srl iscritta al Rui sezione B con il n.000442580 – C.F. e Partita Iva 12267411002 – Sede Legale e Sede Operativa: Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 - 00161 Roma

SEZIONE I

Informazioni sul modello di distribuzione

- a. () L'attività del broker **CLUB MEDICI BROKER S.r.l.** viene svolta su incarico del cliente
- b. Dati del Broker per il quale è svolta l'attività

Denominazione sociale: **CLUB MEDICI BROKER Sr.l.**

Sede legale/Sede Operativa: Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 - 00161 Roma

Numero Iscrizione RUI: B00044258

- c. **Eventuale intermediario collaboratore orizzontale in relazione al presente contratto (Intermediario Emittente):**

SEZIONE II

Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

Con riguardo al contratto proposto il Broker *CLUB MEDICI BROKER S.r.l.* dichiara che:

- a) () fornisce una consulenza ai sensi dell'art. 119-ter comma 3 del CAP ovvero una raccomandazione personalizzata
- b) () fornisce indicazione delle attività prestate delle caratteristiche e del contenuto delle prestazioni rese nell'ambito della consulenza

- c) () fornisce una consulenza fondata su un'analisi imparziale e personale fondata su un numero sufficientemente ampio di contratti disponibili sul mercato ai sensi del comma 4 dell'art. 119-ter del CAP;
- d) () propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione

SEZIONE III

Informazioni relative alle remunerazioni

Il compenso relativo all'attività svolta dal Broker CLUB MEDICI BROKER Srl per la distribuzione del presente contratto è rappresentato da:

- a. () onorario corrisposto dal cliente pari ad Euro.....; (ove non sia possibile specificare l'importo indicare il metodo di calcolo);
- b. () commissione inclusa nel premio assicurativo;
- c. () altra tipologia di compenso;
- d. () combinazione delle diverse tipologie di compenso

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

Per i contratti RCA, a ogni contratto viene allegata una tabella nella quale sono specificati i livelli **provvigionali riconosciuti all'intermediario** dall'impresa di assicurazione.

La tabella aggiornata è sempre disponibile sul sito www.clubmedicibroker.it

SEZIONE IV

Informazioni relative al pagamento dei premi

a. Con riferimento al pagamento dei premi il Broker CLUB MEDICI BROKER Srl dichiara che:

1. () 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.

b. Il premio può essere pagato con le seguenti modalità:

- 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;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario l'impresa di assicurazione oppure l'intermediario, espressamente in tale qualità;

- 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), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Con riferimento al contratto proposto emesso/emittendo, il rischio (tipologia di garanzia/ramo assicurativo del contratto _____) è collocato come segue:

➤ con l'Impresa _____

() con autorizzazione ex art. 118 cap (pagamento del premio con efficacia liberatoria per il contraente)

() senza autorizzazione ex art. 118 cap (pagamento del premio senza efficacia liberatoria per il contraente)

Avvertenza: Qualora il broker non sia autorizzato all'incasso ai sensi dell'accordo sottoscritto o ratificato dall'impresa, si rammenta che il pagamento del premio al broker o a un suo collaboratore non ha effetto liberatorio ai sensi dell'articolo 118 del Codice”;

CLUB MEDICI BROKER S.r.l.

**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO DEL
DISTRIBUTORE**

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (così come modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020) in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività, il distributore:

ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e il collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.

DATI DELL'INTERMEDIARIO:

Denominazione sociale	CLUB MEDICI BROKER SRL
Sede Legale e Operativa	Via Giovanni Battista De Rossi 26/28 - 00161 Roma
N° di iscrizione al RUI	Sezione B n.000442580

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

a) prima della sottoscrizione della prima proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione il broker

- **consegna/ mette a disposizione del contraente** copia del documento che contiene i dati essenziali dell'intermediario stesso e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente (**All. 3** al Regolamento Ivass n. 40/2018);

- **consegna** copia del documento che contiene le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP e più precisamente: dati sul modello di distribuzione (compresa la eventuale collaborazione orizzontale), indicazioni su attività di consulenza, specifiche sulle forme di remunerazione percepite da tutti gli intermediari che intervengono nella distribuzione del contratto proposto, dichiarazione di effetto liberatorio o meno del pagamento del premio. (**All. 4** al Regolamento Ivass n. 40/2018)

b) **consegna** copia della **documentazione precontrattuale** e **contrattuale** prevista dalle vigenti disposizioni, copia della **polizza** e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente.

Ed.2021 marzo 31 (vers.1)

c) è tenuto a proporre o a raccomandare contratti **coerenti** con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine ogni utile informazione

d) se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, ha l'**obbligo di informare il contraente** di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione il prodotto non può essere distribuito.

e) ha l'**obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento** identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di all'art. 30 decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto.

f) è obbligato a **fornire** in forma chiara e comprensibile le **informazioni oggettive sul prodotto**, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.

Sezione II - Regole supplementari per la distribuzione di prodotti di investimento assicurativi¹

a. prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, obbligo di consegna/trasmisione al contraente copia dell'Allegato 4-bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018

b. obbligo di valutare l'adeguatezza oppure l'appropriatezza del prodotto di investimento assicurativo proposto

c. in caso di vendita con consulenza, obbligo di informare il contraente se il prodotto è adeguato, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito con consulenza

d. in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente se il prodotto è inappropriato, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione

e. in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di accertare l'appropriatezza del prodotto d proposto, nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque il prodotto, obbligo di informarlo di tale circostanza, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione

f. obbligo di fornire le informazioni di cui all'articolo 121-sexies, commi 1 e 2, del Codice

CLUB MEDICI BROKER S.r.l.

**DICHIARAZIONE PER RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE
INFORMATIVA E PRECONTRATTUALE**

In ottemperanza all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018 come modificato dal Provvedimento n. 97/2020

Il sottoscritto **Contraente/Assicurando:**

COGNOME E NOME o RAGIONE SOCIALE	
CODICE FISCALE / PARTIVA IVA	

Estremi della Polizza cui si riferisce la dichiarazione:

IMPRESA DI ASSICURAZIONE	
RAMO	
N.RO POLIZZA*	
DECORRENZA	

** In caso di sottoscrizione di una proposta o di mancata comunicazione del numero da parte della compagnia, aggiungere "emittenda"*

dichiara:

- di aver preso visione/ricevuto l'Allegato 3
- di aver ricevuto l'Allegato 4
- di aver preso visione/ricevuto l'Allegato 4 ter
- di aver preso visione dell'elenco recante la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha rapporti d'affari, anche sulla base di una collaborazione orizzontale o di lettere di incarico
- di aver ricevuto la dichiarazione di coerenza del contratto offerto
- di aver ricevuto e accettato la proposta assicurativa e di aver accettato l'onorario per l'attività di intermediazione preparatoria alla stipula del contratto
- di aver ricevuto tutta la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa
- di aver ricevuto l'informativa sulla privacy
- di accettare la trasmissione di tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale in formato elettronico

e inoltre dichiara di aver ricevuto: DIP, DIP Aggiuntivo, Fascicolo Informativo
e di aver compilato e sottoscritto il Questionario di Adeguatezza

Luogo e Data: _____

Firma del Cliente/Contraente/Assicurato

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 risposte 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;

A. 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
Garantire una somma assicurata ai propri eredi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vincolare la polizza ad un istituto di credito
Altro (specificare)			

B. 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): _____	

C. PERSONE DA TUTELARE

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

Luogo e data

Firma

**DICHIARAZIONE DI COERENZA DEL PRODOTTO CON LE RICHIESTE ED
ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

(art. 58, comma 4-bis, Reg. IVASS 40/2018 e Provvedimento 97/2020)

Riferimento Contratto/Polizza: _____

Il sottoscritto **Intermediario** _____

Iscrizione Rui: Sezione E n. _____

premesse che

- si è proceduto ad acquisire e valutare le informazioni sulle caratteristiche personali, sulle esigenze e sulle richieste del contraente e dell'assicurato, come da apposita documentazione predisposta a tal fine dall'intermediario stesso;
- sono state illustrate al contraente, in forma chiara e comprensibile, le informazioni oggettive sul prodotto proposto,

dichiara che

il prodotto proposto è ritenuto coerente con le richieste ed esigenze del contraente, come risultanti dal quadro informativo sopra descritto, in riferimento al momento in cui è stato reso

Per l'Intermediario

Il sottoscritto **Contraente:** _____

- di aver fornito in modo esaustivo e veritiero ogni informazione inerente alle proprie caratteristiche, esigenze e richieste assicurative attraverso gli appositi strumenti predisposti dall'Intermediario;
- di essere consapevole che la valutazione di coerenza effettuata dall'intermediario è fondata sul predetto quadro informativo con riguardo al momento in cui esso è stato reso e che detta valutazione non si estende a successivi mutamenti dello stesso;
- di essere consapevole che l'intermediario non potrà essere ritenuto responsabile per qualsiasi eventuale danno cagionato da un quadro informativo viziato da omissioni o errori di non lieve entità o false dichiarazioni derivanti da dolo o colpa del contraente.

Il Contraente

Luogo e Data: _____