

## POLIZZA RISCHIO CYBER

### Modulo di Adesione Polizza Collettiva n. CYB26003

#### Riservato a Medici e Liberi Professionisti

Da inviare a mezzo mail a [info@polizzarischiocyber.it](mailto:info@polizzarischiocyber.it) oppure a mezzo fax allo 02.87.18.19.05

Per informazioni tel. 392.93.93.842

Aderente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Cellulare	
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Professione		
Effetto	Scadenza	

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Tipologia attività dell'Assicurato: Professionista

**L'importo annuo è di € 60,00**

#### Pagamento:

- Bonifico bancario: Banco BPM – C/C intestato Assimedici Srl  
IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 – Causale: nome e cognome / ragione sociale
- Carta di credito: Visa / Mastercard / American Express

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarvi assistenza 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare il contenuto del Set Informativo CYBER RISK Professionisti (edizione Gennaio 2026) e di aderire alla polizza collettiva per la formula assicurativa comprensiva di tutte le garanzie ivi previste. Dichiara altresì di aver ricevuto e visionato, prima della sottoscrizione, gli Allegati 3, 4 e 4-ter relativi all'Intermediario.

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto approva espressamente le disposizioni dei seguenti articoli contenuti nel Set Informativo CYBER RISK Professionisti (edizione Gennaio 2026): Decorrenza della garanzia/Pagamento del premio; Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Aggravamento del rischio; Criteri di liquidazione; Documentazione per gli Assicurati; Cumulo dei rischi; Limiti territoriali; Obblighi del Contraente; Durata del contratto/Tacito rinnovo; Durata delle singole Applicazioni; Oneri fiscali; Rinvio alle norme di legge; Recesso in caso di sinistro; Oggetto delle garanzie (Cyber, Ripristino dati, Estorsione Cyber, Danni da interruzione dell'attività); Validità temporale; Esclusioni; Massimali; Termini di aspettativa (Carenza); Cosa fare in caso di sinistro. Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. Il premio è versato in unica soluzione all'inizio dell'assicurazione e non è frazionabile.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Luogo e data della sottoscrizione

\_\_\_\_\_  
Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

## 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 Stefano, 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.assimedi.it E-mail info@assimedi.it PEC info@assimedi.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

