


**MODULO DI ADESIONE ALLA ANPROF - Associazione Nazionale Professionisti
 comprensivo di polizza Responsabilità Civile Professionale**
INFERMIERI ed altri Sanitari non Medici

Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

 Compilare in stampatello ed inviare al numero di fax **800 947 977** o mezzo email **adesioni@anprof.it**

Cognome		Nome	
Nato a			il
Codice Fiscale		P. IVA	
Indirizzo			Nr. civico
Cap	Città		Provincia
Telefono		Fax	Cellulare
Email			
Collegio di		Iscrizione nr.	Associazione
Attività			
<input type="checkbox"/> DIETISTA	<input type="checkbox"/> EDUCATORE PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA	
<input type="checkbox"/> IGIENISTA DENTALE	<input type="checkbox"/> INFERMIERE	<input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA	
<input type="checkbox"/> ORTOTTISTA	<input type="checkbox"/> OSS/OTA/ASA/OSSS	<input type="checkbox"/> OSTEOPATA	
<input type="checkbox"/> PODOLOGO	<input type="checkbox"/> PSICOMOTRICISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOMETRISTA	
<input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOPROTESISTA	<input type="checkbox"/> TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE NEI LUOGHI DI LAVORO	<input type="checkbox"/> TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	
<input type="checkbox"/> TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	<input type="checkbox"/> TECNICO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	<input type="checkbox"/> TECNICO ORTOPEDICO	
<input type="checkbox"/> TECNICO PERFUSIONISTA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA OCCUPAZIONALE		
Importo totale comprensivo di quota associativa quale Socio Ordinario per l'anno solare in corso e premio di copertura assicurativa			80 euro*
<input type="checkbox"/> TECNICO RADIOLOGIA			
Importo totale comprensivo di quota associativa quale Socio Ordinario per l'anno solare in corso e premio di copertura assicurativa			120 euro*
<input type="checkbox"/> OSTETRICA			
Importo totale comprensivo di quota associativa quale Socio Ordinario per l'anno solare in corso e premio di copertura assicurativa			320 euro*
*Gli importi indicati sono comprensivi della quota associativa di euro 20 quale Socio Ordinario.			
<input type="checkbox"/> Intendo sottoscrivere contestualmente Polizza Infortuni AMTRUST Care Plus			
<input type="checkbox"/> Opzione 1	- Morte da infortunio - Invalidità Permanente - 3 Virus Epatite B o C & HIV	Massimale 50.000 euro	80 euro
<input type="checkbox"/> Opzione 2		Massimale 75.000 euro	120 euro
<input type="checkbox"/> Opzione 3		Massimale 100.000 euro	160 euro
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.			
Modalità di pagamento			
Bonifico Bancario intestato a GI.R.VA. INTERNATIONAL BROKER Srl presso BANCO DI NAPOLI Spa IBAN: IT 87 S 01010 40310 100000002381 Causale bonifico: Adesione ANPROF + Polizza Cognome e Nome			
Luogo e data	___ / ___ / ___	Firma	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del Codice della Privacy e delle autorizzazioni generali del Garante:

- do il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. a)** dell'informativa
- nego il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. a)** dell'informativa

CONTRAENTE

Data / /



- do il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. b)** dell'informativa
- nego il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. b)** dell'informativa

CONTRAENTE

Data / /



Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

- L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - dell'origine dei dati personali;
 - delle finalità e modalità del trattamento;
 - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- L'interessato ha diritto di ottenere:
 - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO ITDMM16A205630400000	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	

Barrare la casella del' Attività Professionale:

01	<input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO <input type="checkbox"/> VIGILATRICE D'INFANZIA <input type="checkbox"/> COORDINATORE INFERMIERISTICO
02	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE CON ESCLUSIONE DELLE OSTETRICHE
03	<input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> OSSS <input type="checkbox"/> OTA <input type="checkbox"/> ASA
04	OSTETRICHE
05	TECNICI DI RADIOLOGIA
06	<input type="checkbox"/> DIETISTA <input type="checkbox"/> EDUCATORE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA <input type="checkbox"/> IGIENISTA DENTALE <input type="checkbox"/> LOGOPEDISTA <input type="checkbox"/> ORTOTTISTA <input type="checkbox"/> OSTEOPATA <input type="checkbox"/> PODOLOGO <input type="checkbox"/> PSICOMOTRICISTA <input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOMETRISTA <input type="checkbox"/> TECNICO AUDIOPROTESISTA <input type="checkbox"/> TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE NEI LUOGHI DI LAVORO <input type="checkbox"/> TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA <input type="checkbox"/> TECNICO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA <input type="checkbox"/> TECNICO ORTOPEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO PERFUSIONISTA <input type="checkbox"/> TERAPISTA OCCUPAZIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------------	---

1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited

Il Proponente è attualmente assicurato per con AmTrust Europe Limited? SI NO
In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ___ / ___ / _____

2) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

2.1 Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

2.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 2.1 e 2.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai dieci anni (cinque anni per i liberi professionisti) antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
 - a. la data di decorrenza della Polizza;
 - b. la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/_____ Il Proponente / Assicurato _____



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 2.1 e 2.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 2.1. e 2.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____ (In lettere) _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato SI NO
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____%
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 2.1. e 2.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma _____

Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione infortuni deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma in Loss Occurrence, per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI (SE APPLICABILE)	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

1) Massimali Richiesti

Massimali richiesto per la Garanzia Infortuni dei Medici – Morte Accidentale, Invalidità Permanente e 3 Virus

50.000€ 75.000€ 100.000€

2) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato per Infortuni Medici Indicare quali siano le percentuali di Invalidità Permanente dell'Assicurato.

INFORTUNI	ANNO	BREVE DESCRIZIONE	% DI INVALIDITÀ

NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI

Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

3) *Indicare la decorrenza della Polizza:* _____

4) *Premio*

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

5) *Dichiarazioni del Proponente / Assicurato*

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «Loss Occurrence», per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___ *Il Proponente / Assicurato* _____

QUESTIONARIO ADEGUATEZZA

Gentile cliente, il presente questionario, la cui compilazione necessita solo di pochi minuti del Suo tempo, è indispensabile e obbligatorio ai sensi e per gli effetti delle nuove disposizioni in materia di adeguatezza contrattuale ex art. 52 del Regolamento IVASS nr. 5 del 16.10.2006, al fine di raccogliere le informazioni utili e necessarie a proporre un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. La mancanza di tali informazioni potrebbe ostacolare la corretta valutazione dei Suoi bisogni assicurativi. Rimane salvo comunque il Suo diritto a non fornire tali informazioni, nel qual caso, sempre per gli obblighi di legge imposti, Le chiediamo di sottoscrivere comunque la "Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più informazioni richieste" sotto riportata.

Esigenze assicurative	Quali sono le sue esigenze di protezione per le quali richiede la copertura attraverso una polizza assicurativa? (*) (possibile risposta multipla)	Ci sono polizze già in corso?
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> beni o valori di proprietà o non (Fabbricati,...)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> la propria persona e/o familiari e/o altri soggetti	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> il proprio patrimonio per richieste di risarcimento per danni a terzi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> obbligazioni nei confronti di terzi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> oneri derivanti da contenziosi legali	<input type="checkbox"/>
Obblighi	La sua esigenza assicurativa deriva da un obbligo	
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> di legge <input type="checkbox"/> contrattuale	
Durata	Qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi	
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata	
	<input type="checkbox"/> 1 anno	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
	<input type="checkbox"/> superiore ad 1 anno	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
	<input type="checkbox"/> poliennale	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
Professione o Attività	Persona Fisica	Persona Giuridica
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> attività commerciale
	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> attività industriale
	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> attività agricola
	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> attività di servizi
	<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> associazione di volontariato
	<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> associazione di altro genere
		<input type="checkbox"/> altro _____

(*) Le garanzie assicurative possono prevedere esclusioni, franchigie, scoperti, rivalse limitazioni all'operatività o all'indennizzo/rimborso/risarcimento. È obbligo dell'intermediario rendere in modo completo e corretto ogni informazione utile ed indispensabile alla comprensione della proposta.

SOTTOSCRIZIONE DELLE DICHIARAZIONI RESE

Il sottoscritto contraente, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di leggi in materia di dichiarazioni false e mendaci, dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto. riconosce, altresì, che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se sono state compilate di pugno dall'intermediario su mia indicazione, e pertanto ne assume piena responsabilità.

DATA ____ / ____ / ____	
-------------------------	--

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE UNA O PIÙ INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

DATA ____ / ____ / ____	
-------------------------	--

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ' ACQUISTO

Il contraente, ratifica e conferma di aver ricevuto un'informativa completa e corretta sulle caratteristiche, durata, costi, esclusioni, limitazioni all'indennizzo/rimborso, franchigie, scoperti, rivalse e limitazioni all'operatività della proposta assicurativa ricevuta, nonché di ogni altro elemento utile per giungere ad una decisione pienamente consapevole, in relazione alle proprie esigenze (situazione assicurativa, patrimoniale, reddituale e capacità/volontà di spesa), in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

Motivi dell'inadeguatezza:


Il cliente dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto

L'INTERMEDIARIO


DATA ____ / ____ / ____	
-------------------------	--

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del Codice della Privacy e delle autorizzazioni generali del Garante:

<input type="checkbox"/> do il consenso <input type="checkbox"/> nego do il consenso	DATA ____/____/____	
--	---------------------	--

al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto 1 lett. a) dell'informativa

<input type="checkbox"/> do il consenso <input type="checkbox"/> nego do il consenso	DATA ____/____/____	
--	---------------------	--

al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto 1 lett. b) dell'informativa

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003 - ART. 7 - DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

- L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - dell'origine dei dati personali;
 - delle finalità e modalità del trattamento;
 - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- L'interessato ha diritto di ottenere:
 - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE
RELATIVA ALLA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

In ottemperanza all'art.49 comma 3 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006 il sottoscritto contraente dichiara:

- di avere ricevuto l'allegato 7A e 7B;
- di avere ricevuto i testi contrattuali della polizza;
- di avere ricevuto l'informativa sulla privacy;
- di avere preso atto del diritto di richiedere l'elenco delle Compagnie Assicuratrici e delle agenzie con cui GI.R.VA. INTERNATIONAL BROKER S.r.l. ha in essere o meno autorizzazione ai sensi dell'Art. 55 del Regolamento ISVAP n. 5/2006;
- di avere ricevuto ed accettato la proposta assicurativa nonché tutta la documentazione precontrattuale se prevista.

DATA ____/____/____	
---------------------	--

Ulteriore dichiarazione da sottoscrivere IN CASO DI CONTRATTO RCA

In ottemperanza all'art. 9 comma 4 del Regolamento ISVAP 23/2008, dichiara inoltre:

- di avere ricevuto la tabella contenente le informazioni sui livelli provvigionali percepiti dalla Impresa di assicurazione o Agenzia della Impresa di assicurazione con cui ha rapporti di affari nel ramo RCA, di cui con la precedente firma abbiamo accusato ricevuta;
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza, le informazioni previste dalle norme in vigore sulla tariffa e sulle altre condizioni contrattuali proposte da almeno tre diverse Compagnie assicurative, non appartenenti a medesimi Gruppi Assicurativi.

DATA ____/____/____	
---------------------	--