



MODULO DI PROPOSTA PER
ASSICURAZIONE INFORTUNI
PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
INGEGNERI – ARCHITETTI – GEOLOGI – GEOMETRI –
PERITI INDUSTRIALI

MODULO DI PROPOSTA

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nel Modulo di Proposta o Questionario e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il Questionario forma parte integrante del contratto.

Barrare le voci di interesse e specificare al punto 7 della "PARTE PRIMA" del questionario

<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Geologo	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Perito Industriale
<input type="checkbox"/> Senza accesso ai cantieri		<input type="checkbox"/> Con accesso ai cantieri		
<input type="checkbox"/> Dipendente		<input type="checkbox"/> Libero Professionista		

Indicare le somme che volete assicurare, diversamente potete scegliere tra una delle combinazioni previste nella pagina successiva.

a. Morte da Infortunio (sempre presente)

(minimo 1/2 del capitale di Invalidità Permanente da infortunio) €

b. Invalidità Permanente da Infortunio (sempre presente) €

c. Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio €

d. Diaria per ricovero per Infortunio €

e. Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante €

f. Diaria da convalescenza a seguito di ricovero €

g. Rimborso Spese Mediche da Infortunio €

Vuole assicurarsi anche per Invalidità Permanente da Malattia? Sì No

Se "Sì" riceverà la relativa quotazione e la seconda parte del questionario.

PARTE PRIMA

1. Nome ed indirizzo completi del Proponente (se è una persona diversa dall'Assicurato)

2. Partita IVA o Codice Fiscale

3. Specificare il periodo di copertura richiesto: da

a

4. Relazione con la Persona da assicurare

LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE

1. Nome ed indirizzo completi

2. Data di nascita

3. Codice Fiscale

4. Sesso Uomo Donna

5. Peso in Kg

6. Altezza in cm

7. Occupazione (specificare se più di una)

8. Fumatore? Sì Cosa e quanto al giorno

No Se ha smesso indicare da quando

Consuma alcolici Sì Cosa e quanto al giorno

9. Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea

10. Indicare la percorrenza media annua in km su veicoli a motore

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Viaggi aerei non con voli di linea? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Viaggi all'estero per lavoro o piacere? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Sport invernali? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Immersioni subacquee con respiratore? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Alpinismo con uso di funi e guide? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Speleologia? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Volo a vela o paracadutismo? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Caccia a cavallo, attività equestre? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Guidate moto? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Soffrite di difetto alla vista o all'udito? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

14. Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro? Si No

SE AVETE INDICATO SÌ ALLE DOMANDE DALLA 1 ALLA 14 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI:

1. Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni?
2. Siete attualmente assicurato per infortuni? Sì No
In caso positivo specificate con chi e per quali massimali:
3. Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni? Sì No
In caso positivo fornire dettagli:

DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.

Data / /

Nome e Cognome

Firma _____

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di DR Broker SpA:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di DR Broker SpA per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla DR Broker SpA per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di DR Broker SpA di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri. Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviareLe informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

4. Dati sensibili

DR Broker SpA potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di DR Broker SpA e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano). I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche. Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

7. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (Pizzo Febbronia) con lettera raccomandata.

8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è l' Amministratore. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da DR Broker SpA è disponibile presso la sede del titolare.

Data / /

Nome e Cognome

Firma _____

Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” e “sensibili” riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell’espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di mediazione assicurativa di cui al D.lgs 209/2005. Detto “trattamento” potrà da noi essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a “trasferimento”, Vi precisiamo che il “titolare” del “trattamento” è DR Broker SpA con l’ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Data / /

Firma del Proponente _____

DR BROKER

Società per Azioni

Sede operativa

Via Ugo Bassi, 204
98123 Messina
Tel. 090 651 0424
Fax. 090 651 3910

Sede legale

Via delle Cave di Pietralata, 14
00157 Roma
Tel. 06 9151 1175
Fax 06 9151 1176

