



QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA

Responsabilità Civile Terzi (RCT)

Responsabilità Civile del Datore di Lavoro (RCO)

DEDICATO A:

Strutture Ambulatoriali (Poliambulatori)

**Laboratori di Analisi e Centri Diagnostici senza Attività
di Chirurgia**

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.

1. INFORMAZIONI GENERALI

Nome e Cognome:

Indirizzo Sede Legale Città Provincia

C.A.P. Tel. Fax

P.IVA Anno di fondazione

Indirizzo e-mail

Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del CONTRAENTE nell'ultimo anno finanziario completo:

2. INFORMAZIONI TECNICHE

1) Si prega di fornire una descrizione completa delle attività del CONTRAENTE (comprese le attività svolte negli ultimi sei anni non attualmente intraprese e le eventuali nuove attività previste per i prossimi dodici mesi):

2) Si prega di indicare la situazione proprietaria del CONTRAENTE come segue:

a. Proprietà Privata ☐ Sì ☐ No (se SÌ, indicare il soggetto proprietario):

b. Proprietà Pubblica ☐ Sì ☐ No

c. Ente Caritatevole ☐ Sì ☐ No

d. Altro (Specificare) ☐ Sì ☐ No

3) Si prega di indicare in quale percentuale i ricavi realizzati nell'ultimo anno finanziario derivino da ciascuna delle seguenti opzioni:

Finanziamenti Pubblici		%
Regimi di Assicurazione Privata		%
Soggetti Privati		%
Donazioni di Beneficenza		%
Altro (Specificare)		%

4) Si prega di indicare nella tabella sottostante il numero del personale medico qualificato attualmente impiegato. Segue definizione della tipologia del personale:

a. DIPENDENTE – Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto); per il CONTRAENTE (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavori);

b. CONVENZIONATO – Qualsiasi professionista che agisca nell'ambito di uno specifico contratto o progetto per il CONTRAENTE

c. AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA – Qualsiasi professionista indipendente che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal CONTRAENTE, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che non agisca sotto la diretta direzione del CONTRAENTE.

	a. DIPENDENTE	b. CONVENZIONATO	c. AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA*
DOTTORI (specificare attività in sezione 3)			
INFERMIERI			
BIOLOGI			
CHIMICI			
TECNICI DI RADIOLOGIA			
ALTRO PERSONALE MEDICO/PARAMEDICO			
ALTRO (SPECIFICARE)			
TOTALE			

*I Sottoscrittori stabiliscono che il personale AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA/CONVENZIONATO acquisti separata assicurazione per RCT professionale sanitaria operante a primo rischio. In caso diverso, o nell'inusuale situazione che un soggetto richieda copertura nell'ambito dell'assicurazione sottoscritta dal CONTRAENTE, l'argomento dovrà essere specificatamente discusso, concordato e approvato dai Sottoscrittori su base individuale.

5)

a. Quando termina l'Anno Finanziario del CONTRAENTE?

b. Si prega di fornire le seguenti informazioni per ognuno degli ultimi tre anni finanziari completi e per il corrente incompleto anno finanziario:

Le Informazioni Finanziarie devono essere specificate in EURO	Ultimo Anno Finanziario Completo	Precedente Anno Finanziario Completo (1 anno fa)	Precedente Anno Finanziario Completo (2 anni fa)	Stima del Corrente Incompleto Anno Finanziario
INFORMAZIONI FINANZIARIE				
Fatturato lordo – (Valore della produzione) equivalente al totale delle attività incluse le prestazioni di medici autonomi / liberi professionisti / convenzionati				
Registro Salari				
Utile Netto (tasse pagate)				
ALTRE INFORMAZIONI				
Numero di Letti				
Occupazione Media dei Letti (%)				
Numero analisi annuali				
Numero trattamenti diagnostici				
Numero trattamenti invasivi				
Numero Pazienti annuali				

6) Si prega di indicare il tipo di istituzione in cui rientra il CONTRAENTE:

a. Laboratorio analisi cliniche/microbiologiche/farmatologiche ☐ Si ☐ No

b. Laboratorio analisi genetiche ☐ Si ☐ No

c. Diagnostica per immagini/radiodiagnostica/ecografie ☐ Si ☐ No

d. Ambulatori medici per visite ☐ Si ☐ No

e. Ambulatori medici per trattamenti invasivi ☐ Si ☐ No

(si prega di specificare la tipologia di trattamenti invasivi nella sezione apposita)

f. Centro di riabilitazione

g. Altro (si prega di specificare) ☐ Si ☐ No

SEZIONE 3 – DISCIPLINE

Si prega di indicare come segue l'attuale numero di DOTTORI , visite e prestazioni, per ognuna delle seguenti categorie di trattamento medico e per ognuna delle tre tipologie di rapporto di lavoro dei DOTTORI:

Attività – Numero Dottori/Procedure	A. DIPENDENTE	N° di Prestazioni annuali (A)	N° visite annuali (A)	B. AUTONOMI/LIB. PROFESSIONISTI /CONVENZIONATI	N° di Prestazioni annuali (B)	N° visite annuali (B)
Anatomia/Istologia						
Cardiologia						
Odontoiatria*						
Trattamenti estetici*						
Trattamenti laser*						
Dermatologia*						
Chiropratica						
Gastroenterologia						
Diabetologia						
Dialisi						

Fertilità*						
Ginecologia*						
Medicina Fetale*						
Diagnosi Prenatale invasiva e non*						
HIV/Epatite/MST						
Immunologia/Trasfus ioni						
Laboratorio di Analisi						
Medicina generale						
Medicina dello sport						
Medicina Trasfusionale						
Medicina Naturale						
Microbiologia e Virologia						
Geriatria						
Neonatologia						
Neuropsichiatria infantile						
Osteopatia						
Neurologia						
Nutrizionologia/dima grimento						
Oncologia						

Ortopedia/Traumatologia/Protesi						
Otorinolaringoiatria						
Oculistica						
Pediatria						
Podiatria						
Psichiatria						
Radiologia						
Riabilitazione/Fisioterapia						
Terapie Complementari/Alternative						
Altro						
TOTALE						

SEZIONE 4 – DISCIPLINE PARTICOLARI*

Si prega di indicare se IL CONTRAENTE svolge alcuna delle seguenti categorie di trattamento medico:

- a. Trattamenti Estetici ☐ Si ☐ No
- b. Ginecologia e Medicina Fetale ☐ Si ☐ No
- c. Fertilità/Procreazione Medicalmente Assistita ☐ Si ☐ No

In caso affermativo, si prega di indicare, per ognuna delle sopra indicate categorie, il numero di visite annuali, numero e tipologia di trattamenti e fatturato annuale relativo a ciascuna attività come riportato di seguito:

DISCIPLINA	N. VISITE	N. TRATTAMENTI	FATTURATO ANNUALE	TIPOLOGIA TRATTAMENTI
Trattamenti estetici invasivi e non ; Laser terapia ; Dermatologia elettiva ; Odontoiatria elettiva				
Ginecologia / Medicina Fetale / Diagnosti Prenatale invasiva e non / Laboratorio genetico (Ecografie 3D/4D ; amniocentesi ; villocentesi ; consulenze)				

ATTIVITA' DI FECONDAZIONE ASSISTITA / PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:

PROCEDURE	N. Procedure ultimo anno finanziario	Tasso di successo ultimo anno finanziario	Fatturato Annuale	N. Stimato di procedure (corrente anno finanziario)
Inseminazione Artificiale Eterologa				
Trasferimento Embrioni (FET)				
Trasferimento Intratubarico di Gameti (GIFT)				
Diagnosi Genetica Preimpianto (PGD)				
Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI)				
Inseminazione Intrauterina (IUI)				
Fecondazione in Vitro (FIVET)				
Maturazione in Vitro degli ovociti (IVM)				
Congelamento tessuti ovarici				
Fertilizzazione in vitro e trasferimento degli zigoti (PROST/ZIFT)				
Immunologia Riproduttiva				
Stoccaggio di gameti per pazienti oncologici				
Procedure chirurgiche (estrazione testicolare dello sperma, Biopsia testicolare, vasectomia)				
Specificare				
Trasferimenti tubarici di embrioni (TE)				
Altro (specificare)				

SEZIONE 5 – INFORMAZIONI PARTICOLARI

1) Il CONTRAENTE verifica ANNUALMENTE che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA / CONVENZIONATO, acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica **operante a primo rischio** con limite di copertura di almeno € 1.000.000?

☐ Sì ☐ No

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade ed indicare il massimale minimo richiesto:

Si prega di inserire il nome della persona incaricata del controllo delle polizze:

2) Il CONTRAENTE verifica che ogni DIPENDENTE e Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA / CONVENZIONATO sia iscritto ad un Ordine Medico riconosciuto o faccia parte di un riconosciuto Ordine Professionale e detenga le relative licenze necessarie per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione?

☐ Sì ☐ No

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:

3) Il CONTRAENTE sottopone a verifica ogni Dottore, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato prima dell'inizio del rapporto di lavoro e durante il rapporto di lavoro stesso con il CONTRAENTE, per uso di droga e/o abuso di alcool?

☐ Sì ☐ No

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:

4) Il CONTRAENTE si procura sufficienti referenze scritte e conferma dell'inesistenza di richieste di risarcimento, o comunque di episodi collegati a responsabilità professionale medica, per ogni Medico, Infermiere e altro Personale Medico Qualificato prima di assumerli o di permettere loro l'utilizzo dei propri locali?

☐ Sì ☐ No

Se NO si prega di indicare per quale motivo, e quando, non si procederebbe a tale controllo:

5) Il CONTRAENTE conferma che nessuno dei Medici, Infermieri e altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali

(I) è oggetto di indagine disciplinare da parte di Ordini Professionali, Istituti o Associazioni né è coinvolto in alcun procedimento civile o amministrativo per responsabilità professionale;

(II) è stato mai condannato per delitti o reati, né è attualmente coinvolto in alcun procedimento penale

Se NO a (i) o (ii) si prega di fornire ogni relativa informazione:-

6) Il CONTRAENTE conferma che se un Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali è interessato da un evento menzionato sopra alle lettera (e) (i) o (ii) deve comunicarlo al CONTRAENTE quanto prima?

☐ Sì ☐ No

SEZIONE 6 – ATTIVITA' DI LABORATORIO

1) Il CONTRAENTE, tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti su sangue, urine e / o campioni di liquido seminale? ☐ Si ☐ No

Se SI: Tali analisi vengono svolte presso un laboratorio esterno completamente indipendente? ☐ Si ☐ No

Se SI: Si prega di rispondere ad entrambe le seguenti domande:

(I). Il CONTRAENTE ha sottoscritto un contratto che definisca la natura dei servizi richiesti e il livello delle prestazioni professionali richieste a tale laboratorio? ☐ Si ☐ No

(II). Il CONTRAENTE garantisce che il laboratorio abbia adeguata Copertura Assicurativa per il servizio professionale che svolge in nome e per conto del CONTRAENTE? ☐ Si ☐ No

Se NO a (I) e/o (II) di cui sopra, si prega di indicarne il motivo:

2) Il CONTRAENTE tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti di natura:

Clinica e Microbiologica ☐ Si ☐ No

Genetica ☐ Si ☐ No

Batteriologicala ☐ Si ☐ No

Ematologica ☐ Si ☐ No

Chimica ☐ Si ☐ No

SEZIONE 7 – GESTIONE DEL RISCHIO

1) Il CONTRAENTE possiede o utilizza una Banca del Sangue? ☐ Si ☐ No

Se SI, si prega di indicare i dettagli di come il CONTRAENTE si assicuri, per quanto ragionevolmente possibile, che il sangue non contenga malattie trasmissibili e/o infezioni:

2) Il CONTRAENTE si assicura che ogni trattamento effettuato su pazienti minorenni venga effettuato solo con il consenso dei genitori o di un tutore legale? ☐ Si ☐ No

Se NO, si prega di indicare le circostanze in cui questo non si verifichi:

3) Il CONTRAENTE dispone di un sistema di controllo della qualità al fine di garantire un elevato livello di gestione del rischio e controllo sulla sua attività? ☐ Si ☐ No

Se SI, si prega di fornirne i dettagli:

Se NO, si prega di indicarne i motivi :

4) Il CONTRAENTE si assicura che tutte le apparecchiature di cui si fa utilizzo siano sterili, e che siano in atto procedure al fine di assicurare sempre tale sterilizzazione? ☐ Si ☐ No

Se NO, si prega di indicare in quali circostanze ciò non si verifica:

5) Il CONTRAENTE ha stipulato un contratto di manutenzione con un terzo soggetto specializzato al fine di garantire per tutte le apparecchiature un adeguato servizio di manutenzione? ☐ Si ☐ No

Se NO, quali misure adotta il CONTRAENTE per assicurarsi che ogni apparecchiatura svolga la propria funzione ad un livello soddisfacente?

6) Il CONTRAENTE intraprende, gestisce, controlla o comunque ha un coinvolgimento diretto nel corso delle sperimentazioni cliniche? ☐ Si ☐ No

Se SI, si prega di fornire tutti i dettagli della portata delle attività svolte:

7) Il CONTRAENTE si assicura che ogni qualvolta sia necessario un valido consenso informato sia sempre ottenuto per iscritto dal paziente prima che venga effettuata qualsiasi trattamento? ☐ Si ☐ No

Se NO, si prega di indicare in quali casi tale consenso non verrebbe ottenuto:

8) Il CONTRAENTE ha un apposito Dirigente (e/o Ufficio Reclami) per registrare e trattare tutti i reclami e le potenziali richieste danni? ☐ Si ☐ No

Se SI, si prega di indicare il nome della persona incaricata:

Se NO, si prega di indicare come i reclami e/o le potenziali richieste danni vengano gestite e da chi:

SEZIONE 8

Questa assicurazione è prestata alle condizioni note con la formula “claims made” ed i Sottoscrittori escluderanno dalla copertura assicurativa ogni reclamo già noto all’ASSICURATO/I prima della data di inizio della polizza. Si prega di rispondere alle seguenti domande dopo aver effettuato indagini approfondite al riguardo presso tutti i soggetti assicurati.

- 1) Ha l’ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni per negligenza medica, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No
- 2) Ha l’ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità civile per lesioni personali o danni alla proprietà, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No
- 3) Ha l’ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a dolo e/o colpa grave, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No
- 4) Ha l’ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità del datore di lavoro, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No
- 5) Ha l’ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a incendio, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No
- 6) Ha l’ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a furto, perdita, sparizione o deterioramento di beni, siano essi stati accolti o respinti?
☐ Sì ☐ No
- 7) Ha l’ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relative a qualsiasi altro tipo di evento, siano essi stati accolti o respinti, che sarebbero stati soggetti a indennizzo ai sensi della presente proposta assicurativa, se tali richieste fossero state presentate nei termini di cui alla presente proposta di copertura assicurativa? ☐ Sì ☐ No
- 8) Dopo indagine approfondita è l’ASSICURATO a conoscenza di circostanze in relazione alle domande di cui sopra da 7(1) a 7 (7), che potrebbero dar luogo ad un potenziale reclamo o richiesta di risarcimento, se tale reclamo o richiesta di risarcimento danni venisse presentata in vigenza dell’assicurazione qui proposta? ☐ Sì ☐ No
- 9) Ha l’ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento a seguito di eventi mortali, siano essi stati accolti o respinti? ☐ Sì ☐ No

SEZIONE 9 – COPERTURE PRECEDENTI

1) Il Contraente è attualmente assicurato per danni da Responsabilità Professionale Medica, Responsabilità Civile e Responsabilità Dipendenti? ☐ Sì ☐ No

Se SI si prega di indicare come segue (inclusendo le risposte I e II sotto):

Assicuratori	Scadenza	Massimale	Franchigie	Data di Retroattività	Premio

I) Il CONTRAENTE è stato assicurato ininterrottamente dalla Data di retroattività sopra indicata? ☐ Sì ☐ No

Se NO si prega di indicare da quale data tale copertura assicurativa continuativa è stata acquisita:

II) L'attuale polizza prevede un periodo di postuma, o comunque un periodo suppletivo alla scadenza di polizza entro il quale gli Assicuratori accettano nuove notifiche di sinistro afferenti ad eventi comunque avvenuti nel periodo di polizza, nel caso in cui la copertura assicurativa non venisse rinnovata dai medesimi Assicuratori? ☐ Sì ☐ No

Se SI, quanto dura questo periodo di postuma?

2) E' mai stata negata al Contraente una copertura assicurativa simile alla presente, o è mai stata questa polizza assicurativa disdettata o dichiarata invalida? ☐ Sì ☐ No

Se SI, si prega di fornire i dettagli del caso:

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 inviare 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.

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

