



**QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA
RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

DEDICATO A:

**SANITARIO NON MEDICO
LIBERO PROFESSIONISTA**

AVVISO IMPORTANTE

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA “CLAIMS MADE” IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA’ ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN Assicurato SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA (salvo se prevista la retroattività e/o la postuma), NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA. VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”). Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività. Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli art. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a Circostanze, possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’Indennizzo.

E’ IMPORTANTE CHE L’ASSICURATO, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA, SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.

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.

INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
C.A.P.	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>	Cell.	<input type="text"/>
Cod. Fiscale	<input type="text"/>	Indirizzo e-mail	<input type="text"/>		

PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente ha stipulato coperture assicurative negli ultimi 5 anni? **Si** **No**

In caso affermativo, precisare:

Compagnia	<input type="text"/>	Retroattività	<input type="text"/>
Massimali	<input type="text"/>	Scoperti e Franchigie	<input type="text"/>
Data di scadenza	<input type="text"/>	Numero anni copertura continua	<input type="text"/>
Premio annuo	<input type="text"/>		

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? **Si** **No**

Se sì, indicare i dettagli:

CONDIZIONI DI POLIZZA

Indicare quali fra le opzioni seguenti il proponente desidera inserire in polizza:

Massimale di risarcimento

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

<input type="checkbox"/> € 250.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00
<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00
<input type="checkbox"/> € 750.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00
<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00

SPECIALIZZAZIONE

Assistente Sanitario	<input type="checkbox"/>	Podologo	<input type="checkbox"/>
Biologo	<input type="checkbox"/>	Pranoterapeuta	<input type="checkbox"/>
Bionaturopata	<input type="checkbox"/>	Riflessologo	<input type="checkbox"/>
Chiropratico	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audiometrista	<input type="checkbox"/>
Cosmetologo	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audioprotesista	<input type="checkbox"/>
Dietista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Camera Iperbarica	<input type="checkbox"/>
Erborista	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Fisiopatologia Cardiovascolare e Perfusioni Cardiovascolari	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	<input type="checkbox"/>
Igienista dentale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Infermiere professionale	<input type="checkbox"/>	Tecnico di Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>
Kinesiologo	<input type="checkbox"/>	Tecnico nell'alimentazione dietetica	<input type="checkbox"/>
Logopedista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/>
Massofisioterapista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	<input type="checkbox"/>

Naturopata	<input type="checkbox"/>	Tecnico sanitario di radiologia medica	<input type="checkbox"/>
Odontotecnico	<input type="checkbox"/>	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età	<input type="checkbox"/>
Operatore Socio Sanitario	<input type="checkbox"/>	Terapista Occupazionale	<input type="checkbox"/>
Ortottista	<input type="checkbox"/>	Terapista Shiatsu	<input type="checkbox"/>
Osteopata	<input type="checkbox"/>	Tossicologo Ambientale	<input type="checkbox"/>
Audiologo	<input type="checkbox"/>	Terapeuta audiometrico	<input type="checkbox"/>
Clinical Monitor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

SINISTROSITA' PREGRESSA

a. Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? **Si** **No**

b. Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente? **Si** **No**

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA SINISTRO ALLEGATA IN OGNI SUA PARTE. UNA SCHEDA PER OGNI EVENTO.

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 _____

SCHEDA SINISTRO

1) Data del sinistro Data ricezione comunicazione sinistro

2) Nominativo del reclamante o presunto danneggiato

3) Descrizione del sinistro

Procedimento penale Procedimento Civile

4) Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro:

5) Ammontare del danno richiesto Euro eventuale

Riserva della compagnia Euro

6) Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa? **Si** **No**

7) Conclusione del sinistro o stato attuale:

8) Nome del proponente

Data

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 Febbroia) 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 _____

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

ad integrazione della Proposta/Questionario compilata, datata e firmata dal Proponente
(Art. 120 comma 3 del Codice delle Assicurazioni - Art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5/2006)

Gentile Proponente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di Responsabilità Civile se:

- Le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta, sono espresse con chiarezza nel Fascicolo Informativo;
- Il contratto assicurativo proposto risulti idoneo alle Sue esigenze assicurative.

Si prega, pertanto, di rispondere alle domande riportate al **CASO 2**.

Nel caso non volesse effettuare tali verifiche è necessario indicarlo al **CASO 1**, consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative.

Se sceglie il **CASO 1**, selezionare e completare il relativo riquadro e **NON** compilare il **CASO 2**, né la pagina successiva relativa all'adeguatezza del contratto richiesto. Se sceglie di verificare l'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze, selezionare solo il CASO 2 e completare.

Cognome e Nome / Ragione Sociale

Data di compilazione del questionario

CASO 1

(se ha scelto di selezionare il **CASO 1**), inviare all'intermediario solo la presente pagina dopo aver inserito luogo, data e firma)

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Proponente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni a lui richieste e riportate nel CASO 2, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative. Dichiara pertanto di voler stipulare ugualmente il relativo contratto.

Luogo e Data

Il Proponente

CASO 2

(Se ha scelto di selezionare il **CASO 2**, completare anche le due pagine successive e inviarle all'intermediario)
Poiché ha scelto il **CASO 2**, di seguito riportare le informazioni richieste per la verifica dell'adeguatezza del contratto richiesto.

ESIGENZE ASSICURATIVE

1. Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Per ottemperare ad obblighi di legge
- Protezione del patrimonio in caso di danni arrecati nell'espletamento dell'attività esercitata

DURATA DEL CONTRATTO

2. Con riferimento alle sue esigenze assicurative, qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei suoi rischi?

- 1 Anno
- 1 Anno e 6 mesi senza tacito rinnovo
- Temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata

DISPONIBILITÀ DI SPESA

3. In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la Sua disponibilità di spesa per il contratto:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> fino a 250 € | <input type="checkbox"/> da 250 € a 500 € | <input type="checkbox"/> da 500 € a 1000 € |
| <input type="checkbox"/> da 1000 € a 2000 € | <input type="checkbox"/> da 2000 € a 5000 € | <input type="checkbox"/> oltre 5000 € |

RESPONSABILITÀ CIVILE

4. Il Proponente chiede la copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati ad altri soggetti, per:

- Esercizio dell'attività
- Proprietà dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Conduzione dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Patrimoniale per attività esercitata in qualità di Dipendente/Dirigente
- Inquinamento
- Prodotti
- Verso i dipendenti (RCO)
- Attività di docenza

5. Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel Questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del regolamento ISVAP n° 5/2006 per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? Sì No

6. Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? Si No

7. Le sono molto chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? Si No

8. Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto e contenute nel Fascicolo Informativo? Si No

Luogo e data

Il Proponente

Pagina relativa all'adeguatezza del contratto richiesto

Cognome e Nome / Ragione sociale:

Data di compilazione del questionario:

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Il contratto richiesto risulta adeguato alle esigenze assicurative del Proponente

Luogo e Data

L'Intermediario

Il Proponente

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato dei principali motivi, **di seguito riportati**, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative. Il sottoscritto Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e Data

L'Intermediario

Il 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

