



MODULO DI PROPOSTA PER
ASSICURAZIONE INFORTUNI
PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
E GARANZIA AGGIUNTIVA FACOLTATIVA PER
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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. Indicare le somme che volete assicurare.

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 a seguito della compilazione del questionario "Parte Seconda".

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?

☐ Sì ☐ No

2. Viaggi aerei non con voli di linea?

☐ Sì ☐ No

3. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?

☐ Sì ☐ No

4. Sport invernali?

☐ Sì ☐ No

5. Immersioni subacquee con respiratore?

☐ Sì ☐ No

6. Alpinismo con uso di funi e guide?

☐ Sì ☐ No

7. Speleologia?

☐ Sì ☐ No

8. Volo a vela o paracadutismo?

☐ Sì ☐ No

9. Caccia a cavallo, attività equestre?

☐ Sì ☐ No

10. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?

☐ Sì ☐ No

11. Guidate moto?

☐ Sì ☐ No

12. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?

☐ Sì ☐ No

13. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?

☐ Sì ☐ 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:

PARTE SECONDA
(DA COMPILARE SOLO SE SI RICHIEDE LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA)

AVETE MAI SOFFERTO DI:

1. Ernia del disco, altri disturbi alla spina dorsale o altre patologie reumatiche o da artrite? ☐ Sì ☐ No
2. Pressione alta, patologie cardiache, emorroidi, vene varicose, altri problemi alla circolazione, febbri reumatiche o diabete? ☐ Sì ☐ No
3. Stati di depressione o ansietà, stati nervosi o mentali, casi di svenimento, perdita temporanea di conoscenza, fitte o paralisi di alcun genere, dipendenza da droghe o alcolici? ☐ Sì ☐ No
4. Problema respiratorio, urinario o allergico, o qualsiasi altro problema all'apparato digerente? ☐ Sì ☐ No
5. Qualsiasi altra patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro? ☐ Sì ☐ No

SE AVETE INDICATO SÌ ALLE DOMANDE DALLA 1 ALLA 5 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI:

1. Vi siete mai sottoposto o avete qualche motivo di credere di doverVi sottoporre ad un intervento chirurgico? In caso positivo fornire dettagli:

2. Avete consultato il Vostro medico curante negli ultimi 24 mesi? Se sì, spiegare i motivi della visita ed indicare la data.

3. Quali malattie Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 14 giorni negli ultimi 5 anni?

4. Vi siete mai sottoposti al test HIV / AIDS, epatite B o C o avete alcuna ragione o stile di vita che Vi possa far credere di poter risultare positivo al test HIV / AIDS, epatite B o C? Siete mai risultati positivi ad altre malattie trasmesse sessualmente o state aspettando i risultati di questi test? Se sì, dare informazioni.

5. Al di là delle informazioni che avete fornito qui sopra, attualmente ed in generale godete di buona salute?

6. Siete attualmente assicurato per malattia? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.

7. Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione malattia? In caso positivo fornire dettagli

**DA FAR COMPILARE SOLO SE RICHIESTA LA GARANZIA AGGIUNTIVA
FACOLTATIVA PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

Dichiarazione del Medico Curante dell'Assicurando per l'assunzione della garanzia IP da Malattia

1. Nome e cognome dell'Assicurando
2. Indirizzo
3. Data di Nascita
4. Da quanto tempo conoscete l'Assicurando?
5. Da quale data possedete informazioni scritte sull'Assicurando?
6. Siete il Medico curante dell'Assicurato?
7. Fornite dettagli su ogni malattia e/o infortunio per i quali l'Assicurando sia stato in cura da Voi o dei quali Voi comunque siate a conoscenza:

Natura della malattia o ragione del consulto	Data inizio e durata	Eventuali conseguenze della malattia e/o lesione e possibilità di ricaduta

8. Con riferimento alle attuali condizioni dell'Assicurando, della Sua storia personale e della storia della Sua famiglia, avete ragione di ritenere che sia o possa essere soggetto a malattie congenite, ereditarie e/o costituzionali? ☐ Sì ☐ No
9. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi al cuore, ai polmoni, al fegato, reni o altri organi interni? ☐ Sì ☐ No
10. Avete avuto occasione di misurare la pressione del sangue dell'Assicurando? Quando e con quali risultati
11. Siete a conoscenza di passati o presenti casi di fratture, reumatismi, gotta o qualsiasi infortunio e intervento chirurgico? ☐ Sì ☐ No
12. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi e/o malattie mentali e del sistema nervoso?
☐ Sì ☐ No

13. Vi risulta che l'Assicurando faccia o abbia fatto uso di:
- a. Tabacco ☐ Si ☐ No
 - b. Alcoolici ☐ Si ☐ No
 - c. Medicinali ☐ Si ☐ No
14. Siete a conoscenza di altre circostanze non precedentemente menzionate che possano ritenersi importanti in relazione ad una assicurazione infortuni-malattia? ☐ Si ☐ No
15. Siete a conoscenza di fatti relativi allo stato di salute presente e passato dell'Assicurando, della sua storia personale o del suo modo di vita che possano, secondo la Vostra opinione, condizionare l'assicurabilità del Vostro paziente? ☐ Si ☐ No

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 proposto 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.

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

