

## GARANZIE ASSICURATE, MODALITA' DI ADESIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

---

### Polizza Responsabilità Civile Professionale "UnipolSai Professione"

#### GARANZIE ASSICURATE:

##### Responsabilità Civile:

- Massimale Responsabilità Civile: Euro 1.000.000,00

#### MODALITA' DI ADESIONE:

Per il perfezionamento della polizza e l'operatività delle garanzie è necessario che il contraente compili, sottoscriva ed invii via mail all'indirizzo di posta elettronica **info@doriaassicurazioni.com** o via fax al numero **06.8272038** la documentazione che segue:

- a) Scheda di adesione, proposta questionario, documento conforme agli allegati 7A e 7B, valutazione dell'adeguatezza delle polizze danni offerte e l'informativa privacy debitamente compilati e sottoscritti in corrispondenza delle frecce;
- b) Copia di un documento valido;
- c) Copia del codice fiscale o della tessera sanitaria;
- d) Copia del Bonifico Bancario o C/C Postale pari ad **Euro 460,00** (vedi "modalità di pagamento").

#### MODALITA' DI PAGAMENTO:

Il pagamento del premio annuo, pari ad **Euro 460,00 (imposte incluse)**, potrà essere effettuato mediante:

1. **Bonifico Bancario:** IBAN IT 17 F 01030 03218 000 000 953480, Banca Monte dei Paschi di Siena, Agenzia Roma 18, intestato a Doria Giuseppe e Bellisario Paola Snc Ag. Ass. Plur.;
2. **Conto Corrente Postale:** numero 99944001, intestato a Doria Giuseppe e Bellisario Paola Snc Ag. Ass.

Causale: Medico di Base Medium + Dottor Cognome e Nome del contraente

**N.B.: le garanzie di polizza decorreranno dalle ore 24.00 del giorno in cui avrà effettuato il pagamento e trasmesso la scheda di adesione.**

## Scheda di Adesione - Polizza Responsabilità Civile Medico di Base **MEDIUM**

### DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_ | \_\_ | \_\_ | - | \_\_ | \_\_ | \_\_ | - | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | - | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ |

### INFORMAZIONI DI CONTATTO

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

Medico di Base senza attività libero professionale

Studio Medico \_\_\_\_\_

Principali mansioni \_\_\_\_\_

Medico di Base con attività libero professionale

Studio medico \_\_\_\_\_

Principali mansioni \_\_\_\_\_

### EFFETTO DELLE GARANZIE

Le garanzie di polizza decorreranno dalle ore 24.00 del giorno in cui avrà effettuato il pagamento e trasmesso la scheda di adesione.

### PREMIO ANNUO

Premio annuo (imposte incluse): Euro 460,00

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante/richiedente \_\_\_\_\_



Il presente questionario è un documento riservato sulla base del quale potrà essere emesso, su richiesta del Proponente ed a discrezione della Società, un Contratto Assicurativo a copertura della R.C. Professionale. UnipolSai Assicurazioni s.p.a si impegna a trattare le informazioni ivi contenute in accordo con le disposizione del Decreto Legislativo n. 193 del 30 giugno 2003.

Ha valore di DICHIARAZIONE PRECONTRATTUALE e, nel caso di stipula, si intende acquisito quale parte integrante del contratto.

**Agenzia** \_\_\_\_\_ **di** \_\_\_\_\_

### 1 DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE

Cognome e Nome	
----------------	--

### 2 INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' ASSICURATA

#### 2.1 PROFESSIONI SANITARIE MEDICHE

Il presente questionario è destinato alla raccolta delle informazioni finalizzate ad una proposta assicurativa per la **responsabilità civile professionale individuale**; nel caso sia questa l'attività che si desidera assicurare ► *si prosegua nella compilazione degli altri punti del questionario*  
 Qualora si desideri assicurare le responsabilità come **centro medico** o come **direttore sanitario** di poliambulatorio o struttura equivalente ► *si richieda all'Agenzia il diverso e più specifico questionario*

2.1.1	Laurea e/o specializzazione	
2.1.2	Estremi dell'iscrizione all'Albo professionale	data _____ numero _____
2.1.3	Il Proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, precisare	data _____ sanzione _____ motivazione _____
2.1.4	Specifiche dell'attività da assicurare	
	<input type="checkbox"/> Libero professionista con studio a  <input type="checkbox"/> Medico di base / pediatra di libera scelta  <input type="checkbox"/> Medico dipendente di azienda sanitaria pubblica addetto ai servizi (poliambulatori, medicina del lavoro, igiene degli alimenti, ecc.)  <input type="checkbox"/> Medico-chirurgo specializzando in	<input type="checkbox"/> Medico dipendente  <input type="checkbox"/> di struttura ospedaliera pubblica <input type="checkbox"/> di struttura ospedaliera privata  <input type="checkbox"/> in regime di tempo pieno, senza attività libero-professionale <input type="checkbox"/> con attività libero-professionale intramuraria <input type="checkbox"/> con attività libero-professionale extramuraria  Ente Ospedaliero (pubblico o privato) presso il quale esplica l'attività: - denominazione - reparto - numero posti letto - qualifica  <i>NB ► Qualora il Proponente rivesta funzioni apicali in ambito ospedaliero, si compili anche il punto 4 che segue</i>
2.1.5	Effettua servizio in Pronto Soccorso/118?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Effettua servizio di guardia medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se veterinario, svolge servizio di ispezione sanitaria pubblica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.6	Effettua interventi chirurgici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.7	Effettua atti invasivi diagnostici e/o terapeutici, non definibili come interventi chirurgici? <i>(barrare la casella solo se si è risposto "no" alla domanda precedente)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.8	Effettua implantologia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

2.1.9	Effettua indagini o interventi genetici o diagnosi prenatale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.10	Utilizza metodi diagnostici o terapeutici propri della "medicina non tradizionale"?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>In caso di risposta positiva, indicare quali:</i> <input type="checkbox"/> agopuntura <input type="checkbox"/> omeopatia <input type="checkbox"/> chiropratica <input type="checkbox"/> ipnosi <input type="checkbox"/> medicina ayurvedica <input type="checkbox"/> kinesiologia <input type="checkbox"/> osteopatia <input type="checkbox"/> shiatsu <input type="checkbox"/> riflessologia <input type="checkbox"/> mesoterapia <input type="checkbox"/> altro _____
2.1.11	Come viene acquisito il consenso informato?	<input type="checkbox"/> sistematicamente <input type="checkbox"/> occasionalmente <input type="checkbox"/> per iscritto <input type="checkbox"/> verbalmente <input type="checkbox"/> su moduli propri <input type="checkbox"/> su moduli dell'Azienda Ospedaliera

## 2.2 PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

2.2.1	Attività che si chiede di assicurare	<input type="checkbox"/> infermiere diplomato <input type="checkbox"/> ostetrico <input type="checkbox"/> infermiere pediatrico <input type="checkbox"/> fisioterapista, massofisioterapista <input type="checkbox"/> podologo <input type="checkbox"/> logopedista <input type="checkbox"/> ortottista <input type="checkbox"/> psicomotricista <input type="checkbox"/> tecnico riabilitazione psichiatrica <input type="checkbox"/> terapeuta occupazionale <input type="checkbox"/> tecnico audiometrista <input type="checkbox"/> tecnico di laboratorio biomedico <input type="checkbox"/> tecnico di neurofisiopatologia <input type="checkbox"/> tecnico di laboratorio radiologico <input type="checkbox"/> tecnico ortopedico <input type="checkbox"/> tecnico audioprotesista <input type="checkbox"/> tecnico perfusionista <input type="checkbox"/> tecnico igienista dentale <input type="checkbox"/> dietista <input type="checkbox"/> assistente sanitario
2.2.2	Estremi dell'iscrizione all'Albo (se esiste) o all'Associazione professionale di categoria	data _____ numero _____
2.2.3	Modalità di svolgimento dell'attività	<input type="checkbox"/> in regime di libera professione <input type="checkbox"/> in regime di subordinazione <input type="checkbox"/> presso azienda pubblica <input type="checkbox"/> presso struttura privata

## 3 MASSIMALI E GARANZIE RICHIESTI

3.1	R.C.T. (verso terzi, verso dipendenti, professionale e della conduzione degli uffici)	<input type="checkbox"/> € 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 3.000.000 <input type="checkbox"/> € _____	
3.2	Eventuali garanzie particolari richieste	<input type="checkbox"/> COPERTURA A SECONDO RISCHIO <input type="checkbox"/> ATTIVITA' INTRAMURARIA <input type="checkbox"/> ATTIVITA' EXTRAMURARIA <input type="checkbox"/> SCOPERTO <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 5.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori) <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 10.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori) <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 20.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori)	<input type="checkbox"/> MEDICO COMPETENTE (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> MEDICO LEGALE (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> CONSULENZE, PERIZIE, CERTIFICAZIONI (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> DANNI A COSE DI TERZI UTILIZZATE DALL'ASSICURATO <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI MEDIAZIONE <input type="checkbox"/> IMPLANTOLOGIA <input type="checkbox"/> RETROATTIVITA' FINO AL _____

#### 4 FUNZIONI APICALI

4.1	Dirige o coordina una <b>struttura ospedaliera</b> ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.2	Elementi identificativi della struttura diretta o coordinata	denominazione
		numero dei posti letto:
4.3	Indicare con precisione la funzione svolta (direttore di unità operativa complessa, responsabile di strutture semplici, direttore di dipartimento, responsabile di area, ecc.)	
4.4	Numero complessivo dei collaboratori	n° (di cui: medici paramedici )
4.5	Nell'ultimo triennio si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato alla struttura diretta dal Proponente (come tale oppure ai singoli sanitari che vi operano)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?	
4.6	Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare, durante la validità del contratto, un sinistro a carico della struttura diretta dal Proponente o dei sanitari che vi operano, risarcibile ai sensi della copertura proposta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	affermativo, illustrare la situazione	

#### 5 PRECEDENTI ASSICURATIVI

5.1	Il Proponente è od è stato assicurato per i rischi della Responsabilità Civile Professionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Con quale Compagnia di assicurazione?	
5.2	In particolare, il Proponente ha avuto annullate polizze di Responsabilità Civile professionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, indicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la data:</li> <li>- la Compagnia:</li> <li>- il motivo dell'annullamento:</li> </ul>
5.3	Il Proponente ha presentato richieste di preventivo ad altre Compagnie di assicurazione per i medesimi rischi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.4	A quali Compagnie?	
	Con quale esito?	

#### 6 PRECEDENTI SINISTRI

6.1	Nell'ultimo triennio si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato al Proponente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?	
6.2	Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare, durante la validità del contratto, un sinistro risarcibile ai sensi della copertura proposta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, illustrare la situazione	
	E' disponibile documentazione integrativa sul sinistro? (in caso positivo si prega di allegare copia)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

#### 7 ALTRE INFORMAZIONI

7.1	Il Proponente ha già in corso altre polizze con Unipol?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----	---	---

		In caso affermativo fornire l'elenco:
7.2	Eventuali altre notizie che il Proponente ritiene utili per l'inquadramento del rischio	

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento I.V.A.S.S. 5/2006

**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 7A)**

La preghiamo di leggere con attenzione il presente documento e di restituircene una copia da Lei sottoscritta per presa visione.

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a)** prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo qualora i dati dell'intermediario si siano modificati, consegnano al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.
- b)** prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c)** sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

**d)** informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;

**e)** consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;

**f)** possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto) nel rispetto delle disposizioni legislative riportanti le indicazioni restrittive circa l'utilizzo del denaro contante stesso, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO (Mod. 7B)**

**PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente**

Dati dell'intermediario per cui viene svolta l'attività		
Ragione sociale	Doria Giuseppe e Bellisario Paola Snc	
Iscrizione nel registro	Sezione	A - Società agente
	N. Iscrizione	A000011770
	Data di iscrizione	01/02/2007
Indirizzo sede legale	Via Nomentana 761 - 00137 Roma	
Indirizzo sedi operative	Via Nomentana 761 - 00137 Roma	
Telefono	06.86895944 - 06.86890046	
Indirizzo e-mail	info@doriaassicurazioni.com	
Sito web	www.doriaassicurazioni.com	
Denominazione sociale Dell' Impresa di cui sono offerti i prodotti	UnipolSai Assicurazioni Spa	

Dati dell'intermediario che entra in contatto con il cliente		
Qualifica	Responsabile dell'attività di intermediazione	
Cognome e Nome	Doria Venturino	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000010305
	Data di Iscrizione	12/11/2009

I.V.A.S.S. - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, via del Quirinale 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività svolta. Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'I.V.A.S.S. ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)).

## PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

a) L'intermediario, sia quello che entra in contatto con il cliente sia quello per cui viene svolta l'attività, non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto delle Imprese di assicurazione UnipolSai Assicurazioni Spa, Cattolica Assicurazioni Soc. Coop., Europ Assistance Italia Spa; ROLAND Rechtsschutz Versicherungs AG Rappresentanza Generale per l'Italia, DAS Spa.

b) Con riguardo al contratto proposto l'intermediario è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Elenco delle Imprese di assicurazione rappresentate:

<b>Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.</b>	Agenzia Roma Medici 2114
<b>Europ Assistance Italia Spa</b>	Agenzia Roma 711036
<b>ROLAND Rechtsschutz Versicherungs - AG Rappresentanza Generale per l'Italia</b>	Agenzia Roma 82.0396.0000
<b>UNIPOLSAI Assicurazioni Spa</b>	Agenzia Roma Montesacro 30437
<b>DAS Spa</b>	Agenzia Roma 05184

## PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

a)  i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;

oppure

è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al quattro per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000;

**Nota:** crocegnare la frase appropriata rispetto alla natura dell'intermediario.

b) l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;

c) il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può esporre un reclamo, scrivendo, a secondo della Compagnia, di seguito contrassegnata con un croce nella casella, con la quale ha sottoscritto il contratto:

<b>Scrivendo a :</b>	UNIPOLSAI Assicurazioni spa. – Reclami e Assistenza Clienti- Via della Unione Europea n. 3/B 20097 San Donato Milanese (MI)
<b>Inviando un fax al numero:</b>	al numero 02 51815353
<b>Inviando un e-mail all'indirizzo di posta:</b>	reclami@unipolsai.it
<b>Compilando il modulo on line sul sito:</b>	www.unipolsai.it

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o nel caso non abbia ricevuto riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, scrivendo a:

**I.V.A.S.S. - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma – ITALIA**

Contraente o Legale Rappresentante se persona giuridica		
Cognome	Nome	Codice Fiscale o P.IVA o Data e Luogo di Nascita

Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento IVASS 5/2006.

Data \_\_\_\_\_

L'intermediario

Il Contraente o Legale Rappresentante





<b>Intermediario:</b>	Doria Venturino
<b>Iscrizione Rui:</b>	A000010305

**VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE POLIZZE DANNI OFFERTE  
(Art. 52 - Regolamento I.V.A.S.S. N. 5/2006)  
RAMI NON AUTO**

**Dati anagrafici del Contraente (del Legale Rappresentante se persona giuridica)**

Cognome e Nome o Ragione Sociale

Codice Fiscale/Partita IVA o luogo e data di nascita

--	--

**Riferimento della proposta assicurativa offerta** (Numero di preventivo, numero di polizza, altri riferimenti, ecc.)

--

Gentile Contraente, il seguente questionario ha lo scopo di raccogliere gli elementi utili affinché il contratto predisposto risulti quanto più possibile conforme alle Sue esigenze ed ai Suoi obiettivi.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, pregiudica pertanto lo scopo illustrato e richiede una Sua specifica dichiarazione. Qualora dovesse formularci una proposta assicurativa non adeguata in relazione alle informazioni scambiate, l'Intermediario avrà il dovere di informarla con apposita dichiarazione. Nel caso in cui Lei intendesse, comunque, acquistare il contratto, dovrà confermare espressamente per iscritto la sua volontà.

Per quanto concerne il trattamento delle informazioni da Lei fornite, la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc, La informa che, ai sensi dell'Art. 13 della legge 196/03, detti dati saranno utilizzati dall' intermediario, Responsabile del trattamento, al solo fine di formulare nei Suoi confronti una proposta assicurativa adeguata alle Sue esigenze. Il conferimento è facoltativo, ma l'assenza dei dati pregiudica la possibilità di valutare le Sue esigenze assicurative. I dati saranno trattati con modalità anche elettroniche e non saranno diffusi.

Lei ha il diritto di accedere ai dati che La riguardano, di farli correggere, di integrare, aggiornare, ottenere il blocco e la cancellazione nel caso i dati siano stati trattati in violazione di legge, o di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati presso Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc Via Nomentana 761 00137 Roma Fax 06.8272038, Email: [privacy@doriaassicurazioni.com](mailto:privacy@doriaassicurazioni.com).

**A1 - INFORMAZIONI PRELIMINARI**

Sono state acquisite informazioni su:

Ambito della copertura assicurativa:                      **Privato**                       **Lavorativo**                       **Non sa/Non risponde**   
 Obbligatorietà della copertura assicurativa:                      **SI**                       **NO**                       **Non sa/Non risponde**   
 Ha altre polizze oltre quelle che sottoscrive adesso?                      **SI**                       **NO**

Se SI Quali? \_\_\_\_\_

**A2 - INFORMAZIONI SULL'IMPORTO INVESTIBILE DAL CONTRAENTE PER LA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA**

Il Contraente è disposto ad investire (annualmente) nella copertura assicurativa richiesta:

fino a € 250,00       fino a € 500,00       fino a € 1.000,00       oltre € 1.000,00       non sa/non risponde

**A3 - INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE IN RELAZIONE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE RICHIESTE**

**Protezione del proprio patrimonio da richieste di risarcimento per danni causati a terzi**

Nell'esercizio della professione di Medico di Base

Per l'attività professionale

Per la conduzione dei locali adibiti

### B1 – ARGOMENTI TRATTATI SU CARATTERISTICHE ED EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI DEL CONTRATTO OFFERTO

Sono state illustrate le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state precisate la durata prevista, se necessario rapportandola all'età del Contraente/Assicurato, l'eventualità di rinnovo tacito oppure espresso (scadenza secca) nonché facoltà e modalità di recesso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate, e, in particolare:		
▪ Rivalse/Franchigie/Scoperti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Tipologia della reintegrazione/ristoro previsti (valore intero, a nuovo, a forfait, ecc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Periodo di carenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Delimitazioni dell'oggetto della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Esclusioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Decadenze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Massimali/Capitali/Somme assicurate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Riduzione degli importi assicurati in particolari casi (sottolimiti)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Periodi massimi di erogazione delle prestazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Validità temporale della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
▪ Criteri di indennizzabilità/risarcimento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### C1 – DICHIARAZIONI SULLE FINALITÀ DELLE DICHIARAZIONI FORNITE

Il **Contraente dichiara** di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli.

L'**Intermediario dichiara** che sono state illustrate e valutate col Contraente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_  Firma dell'intermediario \_\_\_\_\_

### C2 – DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il **Contraente dichiara** di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative.

L'**Intermediario** prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Firma dell'intermediario \_\_\_\_\_

### C3 – DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO ANCHE IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il **Contraente dichiara** di essere stato raggugliato dall'**Intermediario**, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

Motivi dell'inadeguatezza: \_\_\_\_\_

Il **Contraente dichiara** di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Firma dell'intermediario \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY – DORIA GIUSEPPE E BELLISARIO PAOLA SNC

Per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO:** si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti (1) ci fornisce. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge (2). In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

**PERCHE' LE CHIEDIAMO I DATI:** la nostra Società utilizzerà i Suoi dati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti (3). I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa (4).

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI:** i Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa (5).

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI:** la normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

**Titolare del trattamento dei Suoi dati è la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc, con sede in Via Nomentana 761 – 00137 Roma.**

### Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Cattolica o del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 4) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 5) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Telefono Abitazione</b>	<b>Cellulare</b>
<b>Email</b>	<b>Codice Fiscale o P.IVA</b>

Informativa sull'uso dei Suoi dati personali comuni per finalità commerciali e sui Suoi diritti e relativo consenso (Artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali). I dati personali da Lei volontariamente fornitici, saranno da noi utilizzati con modalità e procedure, anche informatiche, per esclusive finalità di informazione e promozione commerciale assicurativa, anche tramite l'utilizzo di sms e della posta elettronica.

Titolare del trattamento è la Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc (www.doriaassicurazioni.com), con sede in Via Nomentana 761, 0137 Roma che ha nominato Responsabile del trattamento il Dottor Venturino Doria.

Per l'esercizio dei diritti previsti dagli artt. 7 – 10 del suddetto "Codice" e per conoscere l'elenco completo dei Responsabili Lei può rivolgersi alla Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc o al Responsabile per il riscontro agli interessati indirizzo e-mail [privacy@doriaassicurazioni.com](mailto:privacy@doriaassicurazioni.com). Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito [www.doriaassicurazioni.com](http://www.doriaassicurazioni.com).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione della suddetta informativa ed acconsente al trattamento dei Suoi dati personali da parte della Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc per le finalità sopra indicate.

**Pertanto, se è interessato alle opportunità sopra illustrate, Lei può liberamente concedere il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati apponendo la sua firma.**

Data sottoscrizione modulo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

