

QUESTIONARIO PER GLI STUDI ASSOCIATI E SOCIETÀ TRA ODONTOIATRI

INFORMAZIONI ASSICURATO

Ragione sociale	Partita Iva
Sede (da assicurare)	
Data di iscrizione all'Albo	Albo di
Sottoscrittore (nome e cognome)	In qualità di
Direttore sanitario (nome e cognome)	
Mail	Pec

IDENTIFICAZIONE RISCHIO

PERSONALE OPERANTE	Numero DIPENDENTI	Numero LIBERI PROFESSIONISTI
ODONTOIATRI che eseguono implantologia		
ODONTOIATRI che non eseguono implantologia		
IGIENISTI DENTALI		
ASSISTENTI ALLA POLTRONA		

AVVERTENZA: PER RICOMPREDERE IN COPERTURA OGNI SINGOLO OPERATORE COMPILARE L'ALLEGATO "A" DI CUI AL PRESENTE MODULO

Ulteriori parametri per la determinazione del premio	SI	NO
Sono effettuate prestazioni che richiedono la presenza dell'Anestesista?		
Nella struttura esiste un laboratorio odontotecnico interno?		
MASSIMALE		
2.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per anno		5.000.000 € per sinistro 15.000.000 € per anno

GARANZIE OPZIONALI

acquistabili con il versamento del relativo premio aggiuntivo

Selezionare
la garanzia

CHIRURGIA INVASIVA	
MEDICINA ESTETICA	
DIRETTORE SANITARIO	

DICHIARAZIONI

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente questionario non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, rappresentano inadempimento contrattuale.

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)

Se SÌ DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

L'assicurando è a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?

È titolare di polizze per il medesimo rischio?

Se SÌ, con quale Compagnia?

E con quale scadenza?

Sono state disdette?

È titolare di una polizza di TUTELA LEGALE?

Se SÌ, con quale Compagnia?

L'assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.° 41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016

Data

L'Assicurando

ALLEGATO “A”

AL MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO
 PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE PER GLI STUDI ASSOCIATI TRA
 ODONTOIATRI E SOCIETÀ TRA ODONTOIATRI

STUDIO ASSOCIATO TRA ODONTOIATRI O SOCIETÀ TRA ODONTOIATRI

RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA E/O CODICE FISCALE
SEDE	

PERSONALE SANITARIO OPERANTE

ELENCO DIPENDENTI DELLO STUDIO/SOCIETÀ					
NOMINATIVO	CODICE FISCALE	COMPETENZA CLINICA	COMPAGNIA	EFFETTO	SCADENZA

ELENCO LIBERI PROFESSIONISTI DELLO STUDIO/SOCIETÀ

NOMINATIVO	CODICE FISCALE	COMPETENZA CLINICA	COMPAGNIA	EFFETTO	SCADENZA

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 9 DEL REGOLAMENTO UE N.° 2016/679

ANAGRAFICA	Il/La sottoscritto/a	
	Nato/a a	Il
	Residente a	

Presa visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del GDPR, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

- Al trattamento delle categorie particolari di dati¹ (ex art. 9 del GDPR) per le finalità di cui al paragrafo 3.A dell'informativa (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge)

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Il mancato conferimento o la revoca del consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità contrattuali e di legge comportano l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.

- Al trattamento dei dati personali (ivi comprese le categorie particolari di dati) per le finalità di cui al paragrafo 3.B dell'informativa)

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare**

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze**

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Luogo, il

Firma

¹ Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.

Presa d'atto e Consenso dell'interessato

Ai sensi degli artt. 6-10 del Reg. (UE)2016/679, io sottoscritto/a _____
in qualità di [1] soggetto interessato e/o [2] titolare della responsabilità genitoriale di _____
prendo atto dell'informativa di cui sopra ed in particolare relativa al trattamento dei miei dati da parte di ASSITORINO SRL, mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE ed eventualmente al di fuori, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie, per l'esecuzione dei servizi e delle prestazioni professionali necessarie a dar seguito agli obblighi contrattuali intrapresi,

Inoltre

☐Autorizzo ☐Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali, personali economici, particolari e i dati inerenti lo stato di salute per le sole finalità indicate nella presente informativa e descritte all'interno del GDPR aziendale. Prendo altresì atto che le modalità di trattamento e di conservazione dei dati avviene in conformità e nei limiti della normativa vigente.

Torino, data _____

Firma _____

☐Autorizzo ☐Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di newsletter per le sole finalità indicate nella presente informativa e descritte all'interno del GDPR aziendale.

Pertanto rilascio:

e-mail _____

recapito telefonico _____

Torino, data _____

Firma _____



DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente, il sottoscritto

.....

dichiara di aver ricevuto e preso visione (indicare solo quelli consegnati):

- ✓ Dell'Allegato 3 – Modello Unico Precontrattuale (MUP) in ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24
- ✓ Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/ in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018
- ✓ Della documentazione informativa precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni.

data e luogo

.....

Il Contraente / L'Assicurato

.....

ASSITORINO S.r.l.

Piazza Lagrange, 2 – 10123 Torino (TO)

Tel. 011 433528.1/4 – Fax 011 4478013 – P.I. 12276640013

Iscrizione RUI n° A000652348 – www.assitorino.com – E-mail: info@assitorino.it