

QUESTIONARIO PER IL MEDICO ODONTOIATRA E IGIENISTA DENTALE

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome e Nome		Codice Fiscale	
Indirizzo di Residenza		Luogo e data di nascita	
Data di iscrizione all'Albo		Albo di	
Data di conseguimento del titolo di studio	Data di conseguimento della specializzazione		Data di iscrizione all'Albo professionale
Mail		Pec	

CATEGORIA DI RISCHIO

Selezionare

1. Medico Odontoiatra Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
2. Medico Odontoiatra Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata
3. Igienista dentale

MASSIMALE

IGIENISTA DENTALE	1.000.000 € per sinistro 3.000.000 € per anno		2.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per anno	
ODONTOIATRA ESCLUSA IMPLANTOLOGIA	1.000.000 € per sinistro 3.000.000 € per anno		2.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per anno	
ODONTOIATRA COMPRESA IMPLANTOLOGIA	2.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per anno		3.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per anno (R.D.)	

ATTIVITÀ

Selezionare

Medico dentista, Odontoiatra <u>esclusa</u> l'implantologia	
Medico dentista, Odontoiatra <u>compresa</u> l'implantologia	
FORMULA YOUNG (Medico dentista, Odontoiatra iscritto all'Albo da meno di 3 anni) <u>esclusa</u> l'implantologia	
FORMULA YOUNG (Medico dentista, Odontoiatra iscritto all'Albo da meno di 3 anni) <u>compresa</u> l'implantologia	

GARANZIE OPZIONALI

acquistabili con il versamento del relativo premio aggiuntivo

Selezionare la garanzia

CONSULENTE / DOCENTE	
DIRETTORE SANITARIO	
MEDICINA ESTETICA DEL VISO	
IMPLANTOLOGIA ZIGOMATICA E A CARICO IMMEDIATO	
GARANZIA POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ - PAGAMENTO ALLA STIPULA (25% del premio lordo di polizza per ciascun anno di durata del contratto, da versare anno per anno contestualmente al pagamento del premio per la polizza base)	

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 SI 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 disdettate?

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

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