

Agenzia di _____ Cod. _____

QUESTIONARIO R.C. PROFESSIONI SANITARIE - MOD. PQRCM/1

Cognome e nome del Proponente _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ CAP _____ Prov _____

Titolo di abilitazione professionale _____

- | | Data di rilascio | ENTE |
|--|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1. Laurea in Medicina e Chirurgia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 3. Laurea in Farmacia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Laurea in Biologia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. Laurea in Chimica o chimica e tecnologie farmaceutiche | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 6. Laurea in Veterinaria | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 7. Laurea in Psicologia | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 8. Laurea in Scienze Infermieristiche | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 9. Altra Laurea del ruolo Sanitario | _____ | _____ |

Specializzazione/i medica posseduta/e (indicare obbligatoriamente)

1. _____ conseguita il _____
2. _____ conseguita il _____
3. _____ conseguita il _____

Iscritto all'Ordine Professionale/Albo professionale di _____

Dal _____

In alternativa, *Specializzando in:* _____

Anno di corso 1 2 3 4 (o oltre)

Attività sanitaria prevalente e/o diversa rispetto ai titoli indicati:

(Indicare uno dei seguenti valori 1="Chirurgia Ortopedica"; 2="Chirurgia Estetica"; 3="Implantologia Dentaria"; 4="Chirurgia di Pronto Soccorso"; 5="Altra Chirurgia"; 6="Anestesia e Rianimazione"; 7="Ginecologia con assistenza al parto"; 8="pronto Soccorso"; 9="Medico di base"; 10="Pediatra convenzionato con il SSN"; 11="Altra attività non chirurgica")

Strutture presso le quali viene esercitata l'attività:

- Azienda Ospedaliera (A.O.)/ Azienda ASL _____
- Studio Privato/Studio Associato _____
- Clinica Privata/Casa di Cura _____
- Poliambulatorio _____
- Altro _____

Il Proponente:

- 1) Effettua interventi chirurgici (non ambulatoriali)? SI NO

Se SI, con quali modalità assolve l'obbligo del "consenso informato"?

- 2) Effettua interventi di chirurgia ambulatoriale? SI NO

Se SI ai punti 1) e/o 2), indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di interventi

b) le modalità di esecuzione degli stessi

c) le strutture (pubbliche o private) nelle quali pratica tali interventi

- 3) Effettua indagini o terapie di tipo invasivo? SI NO

Si ricorda che, secondo le definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione, s'intende per indagini o terapia di tipo invasivo: tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo, con o senza anestesia locale. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.

Se SI, indichi le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione:

- 4) Esegue interventi di Implantologia odontoiatrica? SI NO

Se SI, indichi da quanti anni?

I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative UE?

SI NO

- 5) Esegue indagini o analisi genetiche e/o prenatali SI NO

Se SI, precisi quali e se le indagini sono eseguite in base ai protocolli predefiniti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II – lett. r) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale.

N.B. L'estensione alle indagini a carattere genetico è sempre compresa in garanzia per i medici specialisti in Genetica medica, Anatomia patologica e Patologia clinica ed è prestabile, a richiesta per Biologi, medici specialisti in Biochimica - Chimica clinica e in Microbiologia - Virologia. Per i medici specialisti in Ginecologia e Ostetricia, l'assicurazione comprende le indagini a carattere genetico o prenatale che abbiano comportato danni alla madre o al nascituro per morte e lesioni personali. Tali estensioni non sono comunque concedibili per i medici specializzandi.

- 6) Effettua trattamenti di medicina estetica? SI NO

Se SI, indichi dettagliatamente:

- a) le tipologie di trattamenti di medicina estetica

- b) strutture in cui pratica tali trattamenti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II – lett. w) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da Chirurgia Estetica e medicina estetica.

N.B. L'estensione alla medicina estetica è sempre compresa in garanzia per i medici specialisti in Dermatologia e in Chirurgia estetica, plastica e ricostruttiva. L'estensione non è comunque concedibile ai medici specializzandi.

- 7) Presta la sua opera esclusivamente in Italia? SI NO

Se NO, indichi i Paesi esteri presso i quali opera, le mansioni e la durata del periodo annuo trascorso all'estero:

- 8) Ricopre incarichi di Primario o di Direttore Sanitario? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II – lett. g) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali di Direttore Sanitario nonché a quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private, ferma restando l'operatività della garanzia per la personale responsabilità professionale dell'Assicurato

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ DI

MEDICINA GENERALE DI BASE MEDICO DI FAMIGLIA

(Se indicato il codice 9 "Medico di base" nel campo attività prevalente)

- 9) Indipendentemente dalle specializzazioni eventualmente possedute, il Proponente richiede che la copertura assicurativa sia limitata **esclusivamente** all'attività di medicina generale (ex medico di famiglia), con l'esclusione di visite specialistiche? SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI CHIRURGI ESTETICI

(Se indicato il codice 2 "Chirurgia estetica" nel campo attività prevalente)

- 10) Da quanti anni esercita la chirurgia estetica? _____

- 11) Quali tipologie di interventi esegue? _____

- 12) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche? _____

- 13) I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative UE? SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI OCULISTI

(Se indicato il codice 11 "Altra attività non chirurgica" nel campo attività prevalente)

14) Effettua interventi per la riduzione dei difetti visivi? SI NO

15) Quali tipologie di interventi esegue?

16) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche?

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI VETERINARI

Se selezionato il codice 6 "Veterinaria" nel campo specialità medica posseduta

17) Effettua attività presso allevamenti industriali o sportivi e attività di vigilanza o ispezione sanitaria? SI NO

18) L'attività esercitata è limitata alla cura degli animali domestici, esclusi gli interventi chirurgici nonché trattamenti e cure su equini e animali di pregio? SI NO

19) Effettua interventi chirurgici e/o trattamenti e cure su equini e animali di pregio SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI /PARAMEDICI

DIPENDENTI DEL S.S.N o qualificati come tali per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro

Se selezionato il codice 1 nel campo "Strutture presso le quali viene esercitata l'attività"

20) E' dipendente del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno a tempo parziale

21) Esercita anche attività libero-professionale? SI NO

Se SI, indichi:

a) l'ambito di esecuzione di tale attività Intra-moenia Extra-moenia

22) Nel caso in cui svolga attività libero-professionale extra-moenia indichi se:

a) si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. _____ assistenti laureati e/o n. _____ infermieri e/o altri operatori sanitari, dipendenti o collaboratori, operanti nello studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in polizza? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. l) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività).

b) per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma I - lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i collaboratori, i dipendenti e i praticanti non sono considerati terzi.

23) Presta la sua opera presso il reparto di pronto soccorso? SI NO

Se SI, indichi:

- a) la frequenza di tale attività occasionale permanente
- b) se in tale ambito di attività esegue interventi chirurgici SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II – lett. p) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti dall'attività svolta da medici presso i reparti di pronto soccorso.

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI/ PARAMEDICI

NON DIPENDENTI DEL S.S.N.

Se selezionato uno dei codici 2-3-4-5 nel campo "Strutture presso le quali viene esercitata l'attività"

24) Indichi presso quali strutture esercita la sua attività e la tipologia di contratto:

<i>Struttura</i>	<i>Libero Professionista</i>	<i>Dipendente</i>
<input type="checkbox"/> Clinica Privata / Casa di Cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Studio Privato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poliambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Nel caso svolga attività in qualità di dipendente presso una struttura privata (Case di Cura- IRCSS- Fondazioni – Ospedali Classificati) accreditata o convenzionata con il SSN, il contratto di lavoro lo equipara a dipendente del SSN ai fini dell'Assicurazione Obbligatoria per gli Infortuni sul lavoro? SI NO

26) Nel caso svolga attività libero professionale indichi se:

a) si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. _____ assistenti laureati e/o n. _____ infermieri e/o operatori sanitari, dipendenti o collaboratori, operanti nello Studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in polizza? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II – lett. l) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività).

b) per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma I – lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i collaboratori, i dipendenti e i praticanti non sono considerati terzi.

c) La struttura presso la quale esercita la Sua attività è regolarmente autorizzata al ricovero ordinario ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna (day surgery, day service e day hospital) dalle competenti autorità in base ai requisiti di legge? SI NO

d) si intende estendere la copertura professionale alle attività svolte per conto di Federazioni Sportive, Associazioni e Società Sportive anche militanti in campionati professionisti o semi professionisti? SI NO

PRECEDENTI ASSICURATIVI – STATO DEL RISCHIO

27) E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di copertura RC professionale per il medesimo rischio, stipulati con Generali Italia S.p.A. o con altre compagnie di assicurazione? SI NO

Se Si, indichi gli estremi di dette polizze:

ASSICURATORE	DATA		MOTIVO CESSAZIONE
	Effetto	Cessazione o Scadenza	
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro

Si ricorda che nel caso di rischio assunto per la prima volta, l'Assicurazione, tramite il richiamo automatico della clausola speciale RM 20, è estesa alle richieste di risarcimento, presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della stipulanda polizza, in conseguenza di errori professionali dallo stesso personalmente commessi nei tre anni precedenti la sua decorrenza e comunque non prima della data indicata nel frontespizio di polizza, sempreché la richiesta di risarcimento non sia assistita da coperture assicurative in essere con altri assicuratori precedentemente alla data di effetto della stipulanda assicurazione.

Per il caso in cui la stipulanda polizza sostituisca, senza soluzione di continuità, altra in corso con la Società (o con altre confluite nella stessa per fusione o incorporazione) per il medesimo rischio, resta fermo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione in merito alla continuità della copertura prestata con la polizza sostituita con riferimento agli errori professionali riconducibili al medesimo settore di attività professionale oggetto del nuovo contratto e nei limiti complessivi del massimale previsto dalla polizza sostituita per l'ultima annualità assicurativa.

28) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata (per fatto proprio o dei collaboratori)? SI NO

Se SI indicare:

numero di sinistri da RC Professionale relativi all'ultimo anno _____

numero di sinistri da RC Professionale nei 4 anni precedenti all'ultimo _____

numero di sinistri da RC Professionale oltre i primi 5 anni _____

Causale sinistro:		
Data accadimento	Data richiesta	Importo
_____	_____	_____
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso una vertenza giudiziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO

Si ricorda che l'assicurazione, per la garanzia di Responsabilità Civile, prevede la formula Bonus/Malus nei termini indicati dall'art. 16 – "Responsabilità Civile Formula Bonus/Malus" delle Condizioni Generali di Assicurazione

29) Alla data odierna è a conoscenza di:

- avvisi di garanzia che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori?

 SI NO

- procedimenti penali che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori?

 SI NO

- provvedimenti disciplinari che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO
- altri eventi noti e/o circostanze e situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO

Se SI, descriva dettagliatamente tali circostanze:

**MASSIMALE – SCOPERTO – ESTENSIONE DI GARANZIA
ALLA TUTELA LEGALE**

- 30) Indichi l'entità del massimale richiesto in Euro 500.000,00
 1.000.000,00
 1.250.000,00
 Altro.....

- 31) Premesso che all'art. 5 - Massimali di garanzia e relativo scoperto - delle Condizioni Generali di Assicurazione è stabilito che l'assicurazione è prestata con uno scoperto del 10% di ciascun sinistro con il minimo di *Euro* 1.000,00 e il massimo pari al 5% del massimale, intende elevare l'importo del minimo di scoperto? SI NO

- Se SI, indichi l'entità del minimo di scoperto prescelto: Euro* 3.000,00
 9.000,00
 18.000,00

- 32) Intende estendere la copertura anche alla garanzia tutela legale? SI NO
- Se SI, indichi l'entità del massimale richiesto: Euro* 8.000
 15.000
 Altro.....

Intende estendere la garanzia spese legali e peritali a familiari/dipendenti iscritti nel libro unico del lavoro? SI NO

Se SI, indichi il numero _____

Indicare eventuali altre informazioni/dati per i quali gli spazi sopra riportati non siano sufficienti o che comunque risultino utili per la valutazione del rischio:

ALTRE DICHIARAZIONI

Il Proponente ha presentato altri questionari simili al presente ad altre Compagnie di assicurazione per medesimi rischi? SI NO

Se SI, indicare quali Compagnie _____

Il Proponente si avvale dell'intermediazione di una società di Brokeraggio? SI NO

Se Si, indicare il nominativo della Società di Brokeraggio _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione.

Tuttavia, qualora la polizza Responsabilità Civile Professioni Sanitarie sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario potranno essere prese a fondamento del contratto e potranno formare parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che:

- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;**
- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario non concorrono tuttavia a determinare la struttura delle garanzie contrattuali che restano disciplinate esclusivamente dalle condizioni di Assicurazione espressamente indicate in polizza.**

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi⁽¹⁾ sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative⁽²⁾; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, privacy.it@generali.com o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignorari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I miei consensi privacy

Preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Data ___ / ___ / _____

Firma del Proponente

.....

Avvertenza

In caso di stipulazione del contratto, il proponente, prima della sottoscrizione della polizza, riletto attentamente il presente documento, dovrà sottoscrivere altresì la dichiarazione sotto riportata ovvero compilare nuovo questionario aggiornato.

Fermo quanto sopra riconosciuto e dichiarato, il Proponente, riletto attentamente il presente documento in ogni sua parte, nell'accingersi a stipulare il contratto, conferma veridicità, attualità e completezza, alla data di sottoscrizione della polizza n. _____, di tutte le dichiarazioni rese anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

Data ____/____/____

Firma del Proponente

.....

SCHEDA RIEPILOGATIVA PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Premesso che l'assicurazione di base è prestata per la responsabilità civile professionale per morte o lesioni personali e per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati, involontariamente cagionati a terzi, sulla base delle condizioni di assicurazione ricevute in copia, il proponente chiede le seguenti **garanzie aggiuntive** facendo seguito alle risposte date al questionario:

- PRONTO SOCCORSO (SOLO PER MEDICI)**
punto n. 23
- R.C. PER FATTO DELL'ASSISTENTE LAUREATO**
punto n. 22 lettera a) o 26 lettera a)
- R.C. PER FATTO DELL'INFERMIERE E/O ALTRO PARAMEDICO**
punto n. 22 lettera a) o 26 lettera a)
- ESTENSIONE R.C. VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)**
punto n. 22 lettera b) o 26 lettera b)
- ESTENSIONE R.C. DA ATTIVITA' SVOLTA PER CONTO DI FEDERAZIONI SPORTIVE , ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE ANCHE MILITANTI IN CAMPIONATI PROFESSIONISTI O SEMIPROFESSIONISTI**
punto n. 26 lettera d)
- ESTENSIONE R.C. DA ESERCIZIO DI MEDICINA ESTETICA**
punto n. 6
- TUTELA LEGALE**
punto n. 32

Data ___ / ___ / _____

Firma del Proponente

.....