



**POLIZZA
RC. PROFESSIONALE
Area Medica**

IL PROPONENTE : Residente in: Codice Fiscale	_____ _____ _____
Svolge attività in regime di	Libera Professione <input type="checkbox"/> Dipendente SSN <input type="checkbox"/>
Ricopre incarichi dirigenziali all'interno di strutture Se si, quali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ _____
Specializzazione	_____
LIMITE DI INDENNIZZO RICHIESTO PER SINISTRO E PER ANNO ASSICURATIVO	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00
Altre assicurazioni e precedenti assicuratori	Compagnia _____ Data di scadenza della polizza _____ Massimale _____ Franchigia _____ Ultimo premio annuo _____
E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se SI fornire dettagli _____ _____ _____
Numero di anni di copertura precedente continua	_____

Il proponente dichiara di aver risarcito danni o di aver ricevuto richieste di risarcimento relative a errori, omissioni o negligenze professionali accettate o respinte negli ultimi 5 anni

Se SI fornire dettagli Si No

AD HOC S.n.c. Servizi Assicurativi

Via Antonio Fogazzaro, 60 50137 FIRENZE -Tel. (+39) 055602464 Fax. (+39) 0556540310
mail: info@adhocassicurazioni.it

Il Proponente dichiara di essere a conoscenza di circostanze o eventi che possano dare origine a sinistri per errori, omissioni o negligenze professionali

Si

No

Se SI fornire dettagli _____

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e dei suoi associati che:

- a) - che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- b) - di non aver sottaciuto alcun elemento influente alla valutazione del rischio.

data _____ Firma _____

Informazioni di contatto

Tel. _____

@ _____

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'ex art.13 del regolamento UE 2016/679.

La firma del Questionario non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione

CONSENSO ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE IN FORMATO ELETTRONICO
(art. 61 Reg. IVASS n .40/2018: Modalità dell'Informativa)

Il sottoscritto (Dati anagrafici del Contraente che rilascia il consenso):

Cognome o Ragione sociale	
Nome	
Codice fiscale o Partita IVA	
Residenza o Sede Legale (Indirizzo + CAP + Comune + Provincia)	

Con la presente, consapevole della facoltà di optare per il formato cartaceo, esprimo il mio consenso all'utilizzo dell'invio in formato elettronico della sola documentazione riguardante la trattativa/polizza; Sono informato che questo mio consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento mediante invio di posta elettronica o registrazione vocale con l'eventuale addebito degli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo oltre che la perdita dell'eventuale sconto previsto a fronte dell'utilizzo delle modalità elettroniche di ricezione della documentazione.

Il presente consenso non consente l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni di carattere commerciale.

Luogo e data _____

Firma del contraente _____

INFORMATIVA E CONSENSO PRIVACY **Informativa ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 (di seguito Regolamento), AD HOC S.n.c. con sede in Firenze, Via Antonio Fogazzaro 60 - Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei dati suoi dati personali è effettuato per:
 - a) fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che AD HOC S.n.c. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;
 - b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto b. è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;

La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali si fonda sull'esecuzione del contratto di assicurazione in essere tra le parti e sul conferimento del consenso. In relazione a quest'ultimo, le ricordiamo che lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro
4. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati:
 - a) per le attività di cui al punto a. ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria, nonché ad altri soggetti che svolgono attività per conto di AD HOC S.n.c.;
 - b) per le attività di cui al punto b. a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime;
5. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa

contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b saranno conservati per 24 mesi dall'ultima comunicazione.

6. Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.
7. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail info@adhocassicurazioni.it.

Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento

- a) (*obbligatorio*) dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al punto 5) della presente informativa.

Firma del contraente/assicurato _____

Firma dell'assicurato se diverso del contraente (*ad es. in caso di polizze collettive*) _____

- b) (*opzionale*) dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di ADHOC SNC:
(*Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate*)

e-mail telefono fax SMS posta cartacea

Firma del contraente _____

Luogo e data _____