

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

INFORTUNI

PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
O SOLO PROFESSIONALE O SOLO EXTRAPROFESSIONALE

INFERMIERI

INDIVIDUALE

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

o solo per l'Attività Professionale o solo per l'Attività Extra Professionale

INFERMIERE

CON ATTIVITA' IN QUALITA' DI LIBERO PROFESSIONISTA, DIRIGENTE, DIPENDENTE, AMMINISTRATORE

Caratteristiche e Prestazioni

Somme massime assicurabili, limiti e franchigie

(Per somme superiori, gli Assicuratori valuteranno volta per volta)

Caso morte	€ 1.000.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 1.000.000	* Franchigia come da riquadro sottostante
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: 7 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	€ 200	- limite massimo: 180 giorni per evento - franchigia: nessuna
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ 200	- limite massimo: 90 giorni per evento - franchigia: 5 giorni
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero per Inf.	€ 200	- limite massimo: 90 giorni per evento - franchigia: nessuna / 1 giorno
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 100.000	franchigia: € 75,00
Invalidità Permanente da Malattia (se presente l'Invalidità Permanente da Infortunio)	€ 1.000.000	franchigia 24% (la franchigia si assorbe con invalidità del 33%; invalidità accertata di almeno il 66% liquidazione del 100%)
Diaria per ricovero da Malattia (se presente l'Invalidità Permanente da Malattia)	€ 200	- limite massimo: 90 giorni per evento - franchigia: 7 giorni
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ 500.000	

*** Franchigie e Condizioni Invalidità Permanente da Infortunio**

Da € 0	a € 500.000	Franchigia 3% (non applicabile se invalidità permanente è pari o superiore al 10%)
Da € 500.001	a € 1.000.000	Franchigia 5% sulla parte eccedente € 500.000
<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione della tabella "A" INAIL allegata al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965, ai fini dell'accertamento dell'Invalidità Permanente da Infortunio e relativa percentuale di liquidazione del sinistro (per I. P. da Infortunio accertata per almeno il 50%, liquidazione del capitale assicurato al 100%) - Per l'Invalidità Permanente da Infortunio, possibilità di applicare la Tabella "SCALA 225%" specifica di maggiorazione indennità, o, possibilità di applicare la Tabella "B" specifica di super valutazione 		

Normativa e caratteristiche:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Le coperture dovranno sempre prevedere almeno il caso Morte e il caso Invalidità Permanente da Infortunio; 2. Validità Territoriale: Mondo intero; 3. Denuncia Sinistro: entro 30 giorni; 4. Anticipo indennizzi: acconto del 50% se l'importo è superiore a € 100.000; 5. Limite massimo di età; per gli Infortuni 75 anni, (con possibilità di estendere sino all'età di 85 anni) per la Malattia 65 anni; 	<p>Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500; 2- Qualità della vita, sino a € 15.000; 3- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000; 4- Tabella specifica per le Ustioni.
---	--

IMPORTANTE

Barrare le voci di interesse e specificare al punto 9 del questionario

<input type="checkbox"/> <u>Medico</u>		<input type="checkbox"/> <u>Altro (specificare):</u> _____	
in qualità di:			
<input type="checkbox"/> <u>Dipendente</u>	<input type="checkbox"/> <u>Dirigente</u>	<input type="checkbox"/> <u>Amministratore</u>	<input type="checkbox"/> <u>Libero Professionista</u>

Indicare le somme che vuole assicurare, diversamente potrà scegliere tra una delle combinazioni previste nella pagina successiva.

Morte da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio (sempre presente)	€ _____
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	€ _____
Diaria per ricovero da Infortunio	€ _____
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	€ _____
Diaria da convalescenza a seguito di ricovero da Infortunio	€ _____
Rimborso Spese Mediche da Infortunio in caso di ricovero	€ _____
Invalidità Permanente da Malattia (*)	€ _____
Diaria per ricovero da Malattia (*) (se presente l'I. P. da Malattia)	€ _____
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ _____

(*) Vuole assicurarsi anche per Invalidità Permanente da Malattia, con o senza la Diaria per Ricovero da Malattia?

Si **No**

Se “Sì” e ha indicato i capitali da voler assicurare, riceverà la relativa quotazione e la seconda parte del questionario, da compilare e restituire

Premi annui lordi in convenzione

Garanzie	Senza accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 45 per ogni € 100.000
Caso Invalidità Permanente da Infortunio (**)	€ 54 per ogni € 100.000(**)
Inabilità temporanea	€ 1,70 x € assicurato
Diaria per ricovero da infortunio	€ 0,57 x € assicurato
Diaria per ingessatura - apparecchio immobilizzante	€ 0,45 x € assicurato
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero per Infortuni	€ 0,90 x € assicurato
Rimborso Spese Mediche da Infortunio in caso di ricovero	€ 6,80 per ogni € 1.000
Contagio accidentale da HIV – Epatite B e C	€ 25 per ogni € 100.000

() Applicazione della Tabella “SCALA 225%”, specifica di maggiorazione indennità: aumento del 20% o applicazione della Tabella “B”, specifica di super valutazione: aumento del 30%**

I premi indicati, sono riservati agli iscritti di Ordini, Associazioni, ecc., che hanno in corso con GAVA Srl una Convenzione

In assenza di Convenzione, i premi vengono maggiorati del 15%.

In alternativa alle indicazioni della precedente pagina sono state predisposte quattro combinazioni di garanzie **A, B, C, D.**

Si può scegliere una di queste combinazioni barrando la lettera corrispondente alla sua preferenza, inoltre si può scegliere quale Tabella applicare in casi di Invalidità Permanente da Infortunio: applicazione della sola **Tabella "INAIL"** o anche con la **Tabella "SCALA 225%"** o anche con la **Tabella "B"** e riportarlo al **punto 9** del Questionario.

<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> Solo Tab. "A" INAIL	<input type="checkbox"/> Con Tab. SCALA 225%	<input type="checkbox"/> Con Tabella "B"
Caso Morte	€ 200.000,00	€ 90,00	€ 90,00	90,00
Invalidità Permanente da Infortunio	€ 300.000,00	€ 162,00	€ 195,00	211,00
Indennità giornaliera Inab. Temporanea	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100,00	€ 57,00	€ 57,00	€ 57,00
Diaria ingessatura o app.immobilizzante	€ 100,00	€ 45,00	€ 45,00	€ 45,00
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 200.000,00	€ 50,00	€ 50,00	€ 50,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO IN CONVENZIONE		€ 404,00	€ 437,00	€ 453,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOT. ANNUO IN ASSENZA DI CONVENZIONE		€ 465,00	€ 503,00	€ 521,00

<input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> Solo Tab. "A" INAIL	<input type="checkbox"/> Con Tab. SCALA 225%	<input type="checkbox"/> Con Tabella "B"
Caso Morte	€ 300.000,00	€ 135,00	€ 135,00	€ 135,00
Invalidità Permanente da Infortunio	€ 500.000,00	€ 270,00	€ 324,00	€ 351,00
Indennità giornaliera Inab. Temporanea	€ 100,00	€ 170,00	€ 170,00	€ 170,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 100,00	€ 57,00	€ 57,00	€ 57,00
Diaria ingessatura o app.immobilizzante	€ 100,00	€ 45,00	€ 45,00	€ 45,00
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 10.000,00	€ 68,00	€ 68,00	€ 68,00
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 300.000,00	€ 75,00	€ 75,00	€ 75,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO IN CONVENZIONE		€ 820,00	€ 874,00	€ 955,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOT. ANNUO IN ASSENZA DI CONVENZIONE		€ 943,00	€ 1.006,00	€ 1.099,00

<input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> Solo Tab. "A" INAIL	<input type="checkbox"/> Con Tab. SCALA 225%	<input type="checkbox"/> Con Tabella "B"
Caso Morte	€ 500.000,00	€ 225,00	€ 225,00	€ 225,00
Invalidità Permanente da Infortunio	€ 800.000,00	€ 432,00	€ 519,00	€ 562,00
Indennità giornaliera Inab. Temporanea	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 150,00	€ 86,00	€ 86,00	€ 86,00
Diaria ingessatura o app.immobilizzante	€ 100,00	€ 45,00	€ 45,00	€ 45,00
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 25.000,00	€ 170,00	€ 170,00	€ 170,00
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 400.000,00	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO IN CONVENZIONE		€ 1.058,00	€ 1.145,00	€ 1.188,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOT. ANNUO IN ASSENZA DI CONVENZIONE		€ 1.217,00	€ 1.317,00	€ 1.367,00

<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Solo Tab. "A" INAIL	<input type="checkbox"/> Con Tab. SCALA 225%	<input type="checkbox"/> Con Tabella "B"
Caso Morte	€1.000.000,00	€ 450,00	€ 450,00	€ 450,00
Invalidità Permanente da Infortunio	€1.000.000,00	€ 540,00	€ 648,00	€ 702,00
Indennità giornaliera Inab. Temporanea	€ 200,00	€ 340,00	€ 340,00	€ 340,00
Diaria per ricovero da infortunio	€ 200,00	€ 114,00	€ 114,00	€ 114,00
Diaria ingessatura o app.immobilizzante	€ 200,00	€ 90,00	€ 90,00	€ 90,00
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 40.000,00	€ 272,00	€ 272,00	€ 272,00
Contagio accidentale da HIV – Epatite	€ 500.000,00	€ 125,00	€ 125,00	€ 125,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOTALE ANNUO IN CONVENZIONE		€ 1.931,00	€ 2.039,00	€ 2.093,00
<input type="checkbox"/> PREMIO TOT. ANNUO IN ASSENZA DI CONVENZIONE		€ 2.221,00	€ 2.345,00	€ 2.407,00

Questionario Lloyd's Infortuni *Accident Lloyd's Proposal Form*

PARTE PRIMA DA COMPILARE SEMPRE *FIRST PART TO BE COMPLETED IN ANY CASE*

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito **firmato e datato**.

Before any question is answered read carefully the declaration on the last page of this Proposal and after answer all questions fully and give additional information when requested. For this Proposal to be valid it must be returned signed and dated.

1. **Nome ed indirizzo completi del Proponente (se è una persona diversa dall'Assicurato);**
Full name and full address of the Policyholder (if other than the person to be insured);

2. **Partita IVA o Codice Fiscale / Fiscal Code or VAT number:** _____

3. **Relazione con la Persona da assicurare:**
Relationship to the Person to be insured: _____

4. **Specificare il periodo di copertura richiesto/ Please state insurance period requested**

da/from _____ a/to _____

LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE

THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE IN GENERAL TO THE PERSON TO BE INSURED

5. **Nome ed indirizzo completi**
Full name and full address: _____

6. **Data di nascita /Date of birth** _____ **Codice Fiscale / Tax code** _____

7. **Sesso / Sex** **Uomo / Male** **Donna / Female**

8. **Peso in Kg; Weight in Kg** _____ **Altezza in cm; Height in cm** _____

9. **Occupazione (specificare se più di una); / Occupation (if more than one, state all);**

10. **Fumatore? / Smoker?**

Si / Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how many per day _____

No / No - Se ha smesso indicare da quando / If you have given up please state when _____

Consuma alcolici? / Do you drink alcohol?

Si/Yes - Cosa e quanto al giorno / Please state what and how much per day _____

No/No

11. A) Vuole l'applicazione della TABELLA "B", specifica di super valutazione per l'Invalidità Permanente da Infortunio ? Si/Yes No/No

B) Vuole l'applicazione della TABELLA "SCALA 225%" specifica di maggiorazione indennità per l'Invalidità Permanente da Infortunio ? Si/Yes No/No

(Attenzione: se si sceglie di comprare l'applicazione della TABELLA "B", di cui al punto A), non si può comprare anche l'applicazione della TABELLA "SCALA 225%", di cui al punto B)

C) Vuole assicurarsi anche per la **Invalidità Permanente da Malattia** con o senza la diaria per ricovero da Malattia ? Si/Yes No/No

Se "SI" riceverà la seconda parte del Questionario "Malattia", che dovrà compilare e restituire, per ricevere la quotazione definitiva del rischio.

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario.

The following questions will allow us to fully evaluate the extent of your coverage. Please note that terms and cost may vary following the inclusion or not of the activities indicated below. Please also note that some activities are always excluded from coverage. For more information please refer to the policy wording or ask directly your broker.

12. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?/ Flights other than as a passenger? Si/Yes No/No

13. Viaggi aerei non con voli di linea?/ Flights other than using scheduled flights? Si/Yes No/No

14. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ Travel abroad for business or leisure? Si/Yes No/No

15. Sport invernali?/ Winter Sports? Si/Yes No/No

16. Immersioni subacquee con respiratore?/ Scuba Diving? Si/Yes No/No

17. Alpinismo con uso di funi e guide?/ Mountainering with use of ropes and guides? Si/Yes No/No

18. Speleologia?/ Potholing? Si/Yes No/No

19. Volo a vela o paracadutismo?/ Hang-gliding or parachuting? Si/Yes No/No

20. Caccia a cavallo, attività equestre? Si/Yes No/No
Hunting on horseback, horse riding?

21. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione? Si/Yes No/No
Participation to any kind of running, race or competition?

22. Guidate moto?/ Do you drive motor cycles or a scooter? Si/Yes No/No

23. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio? Si/Yes No/No
Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident?

24. **Soffrite di difetto alla vista o all'udito?** **Si/Yes** **No/No**
Do you suffer from defective hearing or vision?

25. **Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?** **Si/Yes** **No/No**
Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?

**SE AVETE INDICATO "SI" ALLE DOMANDE DALLA 12 ALLA 25 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;
IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 12 TO 25 PLEASE GIVE FULL DETAILS;**

26. **Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni?**
What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 7 days during the past 5 years?

27. **Siete attualmente assicurato per infortuni?** **Si/Yes** **No/No**
Are you insured against accident?

In caso positivo specificate con chi e per quali capitali.
If yes, please state with whom and for what sum insured.

28. **Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?** **Si/Yes** **No/No**
Have u ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled?

In caso positivo fornire dettagli
If yes, please give details.

Spazio riservato alle informazioni supplementari (Additional Information):

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto dichiara inoltre:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta/Questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto e/o per conto dell'Assicurando/i costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di riconoscere che la sottoscrizione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo nè l'Assicurando/i nè gli Assicuratori alla stipula del contratto.
- qualora il Proponente sia uno Studio Associato, una Società o una Associazione Professionale, di essere autorizzato a compilare la presente Proposta/Questionario per conto degli stessi, e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'Informativa Ex Artt. 13 – 14, del Regolamento UE/2016/679 e D. LGS 101/2018.
- di aver ricevuto e preso visione dei singoli documenti che compongono il Set Informativo, Regolamento IVASS n. 41/2018:
 - 1) DIP DANNI e DIP DANNI AGGIUNTIVO;
 - 2) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO;
 - 3) PROPOSTA/QUESTIONARIO.
- Di aver ricevuto e preso visione della comunicazione informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti, ALLEGATO 3 e ALLEGATO 4, come previsto dall'Art. 56, Regolamento IVASS n. 40/2018.

📅 Data: ___/___/_____ ✎ Nome e Cognome: _____ ✎ Firma: _____

INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, REGOLAMENTO UE/2016/679 E D. LGS. 101/2018

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito "**Regolamento**") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati.

In osservanza al principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, **GAVA BROKER S.r.l.**, con sede legale e direzione generale in Brindisi, alla Via Danimarca, n. 2 int. B, in qualità di Titolare del Trattamento, Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento.

Finalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza, i Suoi diritti ed in conformità alla policy privacy aziendale. L'azienda si impegna inoltre a trattare i Suoi dati nel rispetto del principio di "minimizzazione", ovvero acquisendo e trattando i dati limitatamente a quanto necessario rispetto alle seguenti finalità:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- d) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail
- e) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- f) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza.

La informiamo che in relazione alle suddette finalità, saranno raccolti e trattati anche dati, classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari di dati", quali:

- a) Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.);
- b) Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.).

In relazione a tali dati, il Trattamento potrà essere effettuato in quanto:

- a) L'Interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al Trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche, salvo nei casi in cui il diritto dell'Unione o degli Stati membri dispone che l'Interessato non possa revocare il divieto di cui al paragrafo 1.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento è obbligatorio, in quanto è necessario all'esecuzione di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta, per le finalità di:

- a) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza

ed il Suo rifiuto al conferimento dei dati determinerà l'impossibilità totale di stipula del contratto.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento per le finalità di:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- c) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail

è invece facoltativo, poiché ha espresso il consenso al Trattamento dei Suoi dati personali per una o più specifiche finalità, ed il Suo rifiuto non impedisce la corretta stipula e successiva esecuzione del contratto.

Modalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con modalità cartacee e strumenti informatici nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e, in particolare, delle misure tecniche e organizzative adeguate di cui all'art. 32.1 del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la relativa integrità, riservatezza e disponibilità.

Fonte da cui hanno origine i dati

I dati sono raccolti presso l'Interessato.

Categorie di destinatari

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in stretta relazione alle finalità sopra indicate, ai seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- a) IVASS
- b) Banche
- c) Compagnie Assicurative
- d) Ufficio italiano Cambi
- e) Consulenti e liberi professionisti anche in forma associata
- f) Intermediari Sez. E
- g) Intermediari Sez. A – Agenti
- h) Intermediari Sez. B – Broker
- i) Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione
- j) Casellario centrale infortuni.

La informiamo inoltre che:

- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere a), d), i), j) costituisce un obbligo di legge al quale il Titolare deve ottemperare;
- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere b), c), e), f), g), h) è necessaria per dare esecuzione al contratto di cui Lei è parte.

In relazione a tali categorie di destinatari, il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento, ex art. 28 del Regolamento. L'elenco dei Responsabili del Trattamento è disponibile presso l'Azienda e potrà prenderne visione previa richiesta al Titolare del Trattamento.

I Suoi dati, inoltre, verranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, da parte del personale dipendente e/o collaboratore dell'Azienda, appositamente autorizzato e istruito dal Titolare, ai sensi dell'art. 29 del Regolamento.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, salvo qualora richiesto da una norma di legge o di regolamento o dalla normativa comunitaria.

Trasferimento di dati personali

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento verso Paesi extra europei o verso organizzazioni internazionali.

Periodo di conservazione

Trattamento	Trattamento dati per Polizza Professionisti area sanitaria (Medici, Biologi, Altre Professioni non mediche, etc.)	
CATEGORIE DI DATI	PERIODO DI CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.); - Ragione sociale; - Informazioni (dati anagrafici, fatturato) relative ai componenti della Società, Studio Associato, ecc.; - Dati relativi alle condizioni assicurative richieste (massimale, franchigia, voci di interesse, periodo di copertura, retroattività, ecc.); - Dati anagrafici (nome, cognome, sesso, luogo e data di nascita, residenza, domicilio); - Informazioni relative a precedenti assicurativi (richieste di risarcimento e circostanze, sinistri ed infortuni, polizze in scadenza, ecc.); - Informazioni su eventuali integrazioni; - Informazioni sul tipo di attività svolta attuale e precedente (categoria professionale, Ordine Professionale di appartenenza, ruolo e incarico ricoperto, natura delle prestazioni, ecc.); - Forma giuridica (professionista, Studio Associato, Società, ecc.); - Dati relativi al fatturato dell'esercizio fiscale anni precedenti e stima anno in corso; - Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.); - Partita Iva; - Codice Fiscale; - Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.) 	<p>5 anni dalla raccolta dei dati. Il Trattamento avverrà nel pieno rispetto dei principi di riservatezza, correttezza, necessità, liceità e trasparenza e delle misure di sicurezza richieste dalla legge, mediante supporto cartaceo ed informatico accessibile esclusivamente dal Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, e dal personale espressamente incaricato. Il Trattamento sarà svolto direttamente dal Titolare e/o da soggetti facenti parte dell'organizzazione dello stesso in qualità di Responsabili e/o Soggetti Autorizzati del Trattamento. I dati raccolti, soprattutto quelli particolari, per cui l'Interessato ha espresso il proprio consenso al Trattamento, trattati in formato cartaceo, verranno conservati in archivi dotati di serrature di sicurezza, le cui chiavi sono nella disponibilità del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed esclusivamente del singolo Soggetto Autorizzato. Con riferimento ai dati, trattati anche con processi informatici, questi saranno conservati attraverso programmi e sistemi di accesso controllato in grado di proteggere i dati, soprattutto quelli "particolari", da attacchi esterni e/o da qualsiasi intrusione non autorizzata e verranno trattati tramite appositi programmi di archiviazione ed elaborazione dati protetti da passwords ed attraverso operazioni controllate e periodiche di backup in cloud su server. In particolare, la gestione degli adempimenti previsti dal Reg. UE/2016/679, relativi alla protezione dei dati personali, avverrà attraverso l'utilizzo di un software privacy "SicurWeb - Infotel" in cloud, a cui si potrà accedere con delle credenziali di accesso in possesso del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed eventualmente del singolo Soggetto Autorizzato. Al termine del periodo di conservazione o, eventualmente, quando richiesto dall'Interessato, i dati contenuti nei documenti cartacei verranno distrutti attraverso una macchina "distruggi-documenti" o, se in formato elettronico, verranno cancellati, attraverso gli strumenti di cancellazione, da tutti i Personal Computers e da ogni Hard Disk esterno in cui gli stessi possono essere memorizzati.</p>	<p>Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali</p>

Diritti riconosciuti all'Interessato

In ogni momento potrà esercitare, nei confronti del Titolare, i Suoi diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento.

In particolare, in qualsiasi momento, Lei avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro Trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro Trattamento se trattati per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare del Trattamento, qualora ritenesse violati i propri diritti e libertà fondamentali;
- il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso in relazione alle finalità per le quali questo è necessario;
- il diritto alla portabilità dei Suoi dati, ossia il diritto di chiedere e ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali a Lei riferibili;
- il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo.

Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento

Titolare del Trattamento è: **GAVABROKER S.r.l.**, con sede legale e direzione generale in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel.: 0831.585902, e-mail: info@gavabroker.it.

Dati di contatto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per tutte le questioni relative al Trattamento dei Suoi dati ed all'esercizio dei Suoi diritti derivanti dal Regolamento, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) ai seguenti indirizzi mail:

Ing. Luigi Nevoso - e-mail: dpo@gavabroker.it, con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel. 0831.585902.

Dichiarazione di presa visione dell'Informativa e di Consenso al Trattamento dei Dati Personali, ex artt. 7, 13 e 14, Reg. UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____, il ___/___/____, e residente a _____ in Via _____, in qualità di soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

oppure

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nella sua funzione di _____ del/della (Denominazione Sociale) _____, con sede in _____, alla Via _____, P. IVA _____, soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

DICHIARA

Di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento, **GAVA BROKER S.r.l.**, per il **Trattamento dati per Polizze Professionisti area Sanitaria (Medici, Biologi, altre Professioni non mediche, etc.)**, l'Informativa, ex artt. 13-14, Reg. UE 2016/679, inerente il Trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nell'Informativa medesima ed:

- 1) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario;**

- 2) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di promozione di prodotti assicurativi;**

- 3) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail;**

- 4) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati", e, nello specifico, le **Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusioni, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

- 5) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati" e, nello specifico, le **Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusioni, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

Luogo e Data _____

L'Interessato _____



www.gavabroker.it