

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

RESPONSABILITÀ CIVILE  
PROFESSIONALE



BIOLOGO

CONVENZIONE  
**E.N.P.A.B.**

Ente Nazionale di  
Previdenza e Assistenza a  
favore dei Biologi

## 1. Informazioni generali

Cognome e Nome o Denominazione sociale:

Indirizzo:  Città:

C.A.P.:  Tel:  Cell:

Codice Fiscale:  P.IVA:

Indirizzo email:  Website:

Data inizio attività:

## 2. Tipo di attività

2.1 A quale delle seguenti categorie professionali appartiene il Proponente?

I Gruppo di rischio	II Gruppo di rischio	III Gruppo di rischio
<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Biologo Ambientalista	<input type="checkbox"/> Biologo Genetista
<input type="checkbox"/> Biologo Controllo Igiene e Qualità	<input type="checkbox"/> Biologo Laboratorista	

2.2

Ditta individuale

Studio Associato

**Società di Persone:**

Snc

Sas

Altra tipologia di Società prevista dallo Statuto e Regolamenti dell'ENPAB, specificare: \_\_\_\_\_

2.3 Indicare nella tabella sotto riportata i tre maggiori contratti negli ultimi 3 anni

Attività prestata	Settore merceologico del Cliente	Valore degli introiti (in EURO)

### 3. Informazioni riguardanti l'attività

**3.1** Generalità di ciascun iscritto all'Albo (se non è sufficiente continuare su altro foglio):

Cognome Nome	Data di Nascita	Data iscrizione albo

**3.2** Il Proponente ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Sì  No

Se "Sì", indicare:

Nome dell'assicuratore		Data Retroattività	
Massimali		Scoperti e franchigie	
Data di scadenza		Premio Lordo Annuo	
Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni			

**3.3** Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale del Proponente negli ultimi 5 anni?

Sì  No

Se "Sì", fornire dettagli nello SPAZIO RISERVATO ALLE INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE.

**3.4** Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro il Proponente e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Sì  No

Se "Sì", fornire nello SPAZIO RISERVATO ALLE INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE.

**3.5** Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro il Proponente, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Sì  No

Se "Sì", fornire dettagli nello SPAZIO RISERVATO ALLE INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE.

**3.6** Si chiede di estendere la copertura all'attività in qualità di dipendente/dirigente della Pubblica Amministrazione?

Sì  No

Se "Sì", indicare nello SPAZIO RISERVATO ALLE INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE la carica/funzione ricoperta e l'Ente o Azienda Pubblica di appartenenza.

**3.7** L'Assicurato ha predisposto adeguati piani di continuità aziendale per far fronte a Covid -19?

Sì  No

**3.8** L'Assicurato ha risposto alla crisi covid-19 secondo le linee guida governative o di altre autorità pubbliche?

Sì  No

**3.9** L'Assicurato ha valutato l'impatto potenziale o effettivo di covid-19 sulle prestazioni aziendali o finanziarie dell'azienda?

Sì  No

**3.10** L'Assicurato ha attuato tutte le misure per proteggere i dipendenti o i clienti dell'Assicurato dall'infezione o dalla trasmissione di covid-19?

Sì  No

#### FATTURATO ESERCIZIO PRECEDENTE

(somma delle fatture, imponibile ai fini IVA, emesse dall'1 gennaio al 31 dicembre),  
 compreso il fatturato dei componenti dello Studio Associato in qualità di ditta individuale per i quali è stata  
 eventualmente richiesta l'estensione della copertura assicurativa

1. Fatturato Anno Precedente del Proponente (somma delle fatture emesse dall'1 gennaio al 31 dicembre, al netto di IVA)	€ _____
2. Fatturato o Compenso Anno Precedente Libera Docenza (somma delle fatture emesse dall'1 gennaio al 31 dicembre, al netto di IVA o del compenso lordo)	€ _____
<b>Totale (sommare gli importi indicati dal punto 1 al punto 2)</b>	€ _____

**N.B.:** In caso di inizio attività nel corrente anno o nell'anno precedente indicare il fatturato presunto dell'anno in corso.

#### 4. Garanzie assicurative e premi

##### BARRARE LE GARANZIE ASSICURATIVE RICHIESTE

1. RETROATTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Come da polizza in scadenza <input type="checkbox"/> Decorrenza <input type="checkbox"/> 1 Anno <input type="checkbox"/> 2 Anni <input type="checkbox"/> 3 Anni <input type="checkbox"/> 4 Anni <input type="checkbox"/> 5 Anni <input checked="" type="checkbox"/> 10 Anni (Obbligo di almeno 10 anni previsto dalla Legge Gelli) <input type="checkbox"/> Illimitata
2. MASSIMALI	<input type="checkbox"/> € 200.000 <input type="checkbox"/> € 400.000 <input type="checkbox"/> € 600.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> Altro Specificare _____
3. CONDUZIONE STUDIO	La conduzione studio è compresa con massimale pari ad € 50.000,00. Desidera massimale pari al massimale di polizza? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</div>

## 5. Spazio Riservato alle "Integrazione alle domande"

Nel caso in cui gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, si prega di utilizzare lo spazio sottostante.

---

---

---

---

---

## 6. 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"> <li>- Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.);</li> <li>- Ragione sociale;</li> <li>- Informazioni (dati anagrafici, fatturato) relative ai componenti della Società, Studio Associato, ecc.;</li> <li>- Dati relativi alle condizioni assicurative richieste (massimale, franchigia, voci di interesse, periodo di copertura, retroattività, ecc.);</li> <li>- Dati anagrafici (nome, cognome, sesso, luogo e data di nascita, residenza, domicilio);</li> <li>- Informazioni relative a precedenti assicurativi (richieste di risarcimento e circostanze, sinistri ed infortuni, polizze in scadenza, ecc.);</li> </ul>	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	Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni su eventuali integrazioni;</li> <li>- Informazioni sul tipo di attività svolta attuale e precedente (categoria professionale, Ordine Professionale di appartenenza, ruolo e incarico ricoperto, natura delle prestazioni, ecc.);</li> <li>- Forma giuridica (professionista, Studio Associato, Società, ecc.);</li> <li>- Dati relativi al fatturato dell'esercizio fiscale anni precedenti e stima anno in corso;</li> <li>- Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.);</li> <li>- Partita Iva;</li> <li>- Codice Fiscale;</li> <li>- Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)</li> </ul>	<p>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>	
---	---	--

## 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: **GAVA BROKER SRL**, con sede legale e direzione generale in Brindisi, alla Via Danimarca, n. 2 int. B, tel.: 0831.585902, e-mail: [info@gavabroker.it](mailto: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:

- Responsabile per la Protezione dei Dati è: **Ing. Luigi Nevoso** - e-mail: [dpo@gavabroker.it](mailto:dpo@gavabroker.it), con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. B, 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) **Conclusione, 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) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

L'Interessato \_\_\_\_\_



[www.gavabroker.it](http://www.gavabroker.it)