



PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

RESPONSABILITÀ CIVILE  
“COLPA GRAVE”

---

DIRIGENTI MEDICI - VETERINARI  
MEDICI CONVENZIONATI E CONTRATTISTI  
PERSONALE SANITARIO E NON SANITARIO  
DEL S.S.N.

---

PROPOSTA DI CONTRATTO/QUESTIONARIO  
PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

**AVVISO IMPORTANTE**

(1) LA PRESENTE PROPOSTA DI CONTRATTO/QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATA DAL PROPONENTE STESSO. È NECESSARIO RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PER OTTENERE UNA QUOTAZIONE. SI RICHIEDE DI RISPONDERE CON PIENA CONOSCENZA E CONVINZIONE. IL MODULO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO E DATATO.

(2) ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 1892 E 1893 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

(3) LA PRESENTE PROPOSTA DI CONTRATTO/QUESTIONARIO È RELATIVA AD UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ NELLA FORMA "CLAIMS MADE". CIÒ SIGNIFICA CHE LA POLIZZA COPRE I RECLAMI AVANZATI PER LA PRIMA VOLTA NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E GLI EVENTI DEI QUALI L'ASSICURATO VENGA A CONOSCENZA DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E CHE POTREBBERO ORIGINARE UN RECLAMO FUTURO, A CONDIZIONE CHE GLI ASSICURATORI SIANO INFORMATI, DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA, DELLE CIRCOSTANZE RELATIVE A TALI EVENTI. DOPO LA SCADENZA DELLA POLIZZA, NESSUN RECLAMO POTRÀ ESSERE AVANZATO A TERMINI DELLA POLIZZA STESSA, ANCHE SE L'EVENTO CHE HA ORIGINATO LA RICHIESTA DANNI SI SIA VERIFICATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA.

(4) IL PROPONENTE PRENDE ATTO CHE NEL CASO DI CORRESPONSABILITÀ DI PIÙ ASSICURATI DEGLI STESSI ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NELLA DETERMINAZIONE DI UN MEDESIMO SINISTRO, GLI ASSICURATORI PER TALE SINISTRO SONO OBBLIGATI FINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE DEFINITO NELLA SCHEDA DI COPERTURA COMPLESSIVAMENTE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO. NELL'EVENTUALITÀ CHE IL RISARCIMENTO COMPLESSIVAMENTE INDENNIZZABILE DAGLI ASSICURATORI AI TERMINI DEL CERTIFICATO ECCEDA L'IMPORTO INDICATO, LE INDENNITÀ SPETTANTI A CIASCUNO DEGLI ASSICURATI SI INTENDERANNO PROPORZIONALMENTE RIDOTTE IN MISURA UGUALE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO.

(5) LA VALIDITÀ TEMPORALE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON POTRÀ ESSERE SUPERIORE A 30 GIORNI DALLA DATA DI COMPILAZIONE E FIRMA DELLO STESSO.

(6) IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE. GLI UNICI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO AGLI ASSICURATORI SONO I SEGUENTI: BONIFICI BANCARI/ASSEGNI CIRCOLARI E CONTANTI FINO AD UN MASSIMO DI EURO 750,00 (SETTECENTOCINQUANTA EURO) A FAVORE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI AUTORIZZATI ESPRESSAMENTE IN TALE QUALITÀ.

**AVVERTENZA!**

NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI SCONTI DI PREMIO DA PARTE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI EVENTUALMENTE INCARICATI.

PER GLI ASPETTI DI DETTAGLIO SI RINVIA ALLA SCHEDA DI COPERTURA, ALLA DEFINIZIONE DI "PREMIO", ALL'ART. 3 ("PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO") DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE,

Il proponente dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Avviso Importante ➤

DATI DEL PROPONENTE					
Cognome e Nome :					
Indirizzo:		Città:		Prov.:	
CAP:		Tel:		Cell:	
Codice Fiscale:		E-mail:			
Data di effetto				Durata 12 mesi	
Retribuzione Annuale Lorda			EUR		

MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO E PERIODO (il massimale per Corresponsabilità è pari a Euro 10.000.000,00)	
3 VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUALE LORDA SOPRA DICHIARATA (FINO AD UN MASSIMO DI EURO 1.000.000,00)	
Euro 1.000.000,00	
Euro 2.500.000,00	
Euro 5.000.000,00	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) ATTIVA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Terza Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) CESSATA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Terza Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

PERIODO DI RETROATTIVITÀ	
No retro – 0 anni	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
2 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
5 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
10 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
15 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Illimitato	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI		
Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altri Contratti di Assicurazione di questo tipo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di risposta affermativa si prega di fornire dettagli</i>		
Il Proponente dichiara che non gli sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di risposta negativa si prega di fornire dettagli</i>		

<p>Il Proponente dichiara che non ha mai riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che potrebbero ragionevolmente dare luogo, o che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di <b>NON</b> essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altra Azienda, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i></p>		
<p>Il Proponente dichiara di non essere a conoscenza di eventi dannosi che abbiano portato o potrebbero portare a Richiesta di Risarcimento alla data di firma della presente Proposta di Contratto/Questionario</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i></p>		

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1 Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio
  - Art. 3 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
  - Art. 5 Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio
  - Art. 8 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri
  - Art. 11 Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali
  - Art. 16 Clausola di Responsabilità disgiunta
  - Art. 20 Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione (Claims Made)
  - Art. 23 Esclusioni
  - Art.28 Territorialità egiurisdizione
- Eventuali Estensioni di Assicurazione e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella Scheda di Copertura.

SPAZIO PER LE INTEGRAZIONI (se non sufficiente utilizzare un foglio aggiuntivo)

---



---



---



---



---



---



---



---

#### 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 di Contratto/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 di Contratto/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 di Contratto/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 DI CONTRATTO/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 S.r.l., con Sede Legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, 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.;               <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> </li> </ul>	<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</p>	<p>Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni relative a precedenti assicurativi (richieste di risarcimento e circostanze, sinistri ed infortuni, polizze in scadenza, ecc.);</li> <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>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 S.r.l., con sede legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10 e direzione generale in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel.: 0831.262301, e-mail: [info@gavaunderwriting.com](mailto:info@gavaunderwriting.com).

## 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) al seguente indirizzo: Responsabile per la Protezione dei Dati Ing. Luigi Nevoso - e-mail: [dpo@gavaunderwriting.com](mailto:dpo@gavaunderwriting.com), con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel. 0831.262301.



## 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 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.gavaunderwriting.com](http://www.gavaunderwriting.com)