



PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

INFORTUNI  
DELLA SOLA ATTIVITÀ PROFESSIONALE

---

INGEGNERI - ARCHITETTI - GEOLOGI - GEOMETRI  
PERITI INDUSTRIALI - PERITI AGRARI - AGROTECNICI  
AGRONOMI E FORESTALI

---

INDIVIDUALE / COLLETTIVA

Contraente della polizza sarà la Ditta Individuale o lo Studio  
Associato o la Società

## POLIZZA INFORTUNI PER LA SOLA ATTIVITA' PROFESSIONALE

**INGEGNERI, ARCHITETTI, GEOLOGI, GEOMETRI, PERITI INDUSTRIALI,  
PERITI AGRARI, AGROTECNICI, AGRONOMI E FORESTALI**

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

**Contraente della polizza potrà essere la Ditta Individuale, lo Studio Associato,  
la Società tra Professionisti, la Società di Ingegneria, la Società di Servizi,  
l'Azienda in genere per assicurare i propri Amministratori, Dirigenti, Dipendenti.**

### Caratteristiche e Prestazioni

#### **Somme massime assicurabili per persona assicurata, 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 (dipendenti)	€ 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

#### **\* 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"> <li>- Applicazione della <b>tabella INAIL</b> 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%)</li> <li>- Per l'I. P. da Inf. possibilità di applicare la <b>Tab. "SCALA 225%"</b> specifica di maggiorazione indennità.</li> </ul>		

### Normativa e caratteristiche:

<p>1) Le coperture dovranno sempre prevedere almeno il caso Morte e il caso Invalidità Permanente da Infortunio;</p> <p>2) Validità Territoriale: Mondo intero;</p> <p>3) Denuncia Sinistro: entro 30 giorni;</p> <p>4) Anticipo indennizzi: acconto del 50% se l'importo è superiore a € 100.000;</p> <p>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>	<p><b>Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio:</b></p> <p>1- Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500;</p> <p>2- Qualità della vita, sino a € 15.000;</p> <p>3- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000;</p> <p>4- Tabella specifica per le Ustioni.</p>
--	--

**Indicare i capitali da assicurare per ogni persona (Gruppo 1) con accesso ai cantieri** SI NO

Morte da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
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	€ _____

**Indicare i capitali da assicurare per ogni persona (Gruppo 2) con accesso ai cantieri** SI NO

Morte da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
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	€ _____

**Indicare i capitali da assicurare per ogni persona (Gruppo 3) con accesso ai cantieri** SI NO

Morte da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
Invalidità Permanente da Infortunio ( <b>sempre presente</b> )	€ _____
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	€ _____

***Premi annui Infortuni, in convenzione, per i soli rischi dell'attività Professionale***

Garanzie	Senza accesso ai cantieri	Con accesso ai cantieri
Caso Morte	€ 27 per ogni € 100.000	€ 33 per ogni € 100.000
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 33 per ogni € 100.000	€ 39 per ogni € 100.000
Inabilità temporanea	€ 1,05 x € assicurato	€ 1,25 x € assicurato
Diaria per ricovero da infortunio	€ 0,35 x € assicurato	€ 0,42 x € assicurato
Diaria per ingessatura - apparecchio immobilizzante	€ 0,27 x € assicurato	€ 0,33 x € assicurato
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero x Inf.	€ 0,55 x € assicurato	€ 0,65 x € assicurato
Rimborso Spese Mediche da infortunio <b>a seguito di ricovero</b>	€ 4,30 per ogni € 1.000 assicurato	€ 5,00 per ogni € 1.000 assicurato

## Questionario Infortuni *Accident Proposal Form*

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.*

**A. Cognome e Nome (o denominazione) del Proponente;**

*Full name of the Policyholder;*

\_\_\_\_\_

**B. Indirizzo / Full address of the Policyholder**

\_\_\_\_\_

Città / City \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. / Zip code \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell./ Mob. \_\_\_\_\_

**C. Codice Fiscale e Partita IVA / Fiscal Code and VAT Number:**

\_\_\_\_\_

**D. Specificare il periodo di copertura richiesto e il numero delle persone da assicurare**

*Please state insurance period requested and number of person to be insured*

da/from \_\_\_\_\_ a/to \_\_\_\_\_ n. complessivo delle persone da assicurare \_\_\_\_\_

### Attività esercitata o carica ricoperta

A	Libero Professionista (titolare studio)	C	Dirigente
B	Amministratore o Consigliere o Socio/Associato	D	Dipendente o Collaboratore

(Indicare nei riquadri, per ogni Assicurando, il Gruppo per i capitali da assicurare e l'attività esercitata /carica ricoperta)

**E. ELENCO DELLE PERSONE DA ASSICURARE:**

*COMPONENTS OF THE LAW FIRM TO BE INSURED:*

1. **Cognome e Nome (Gruppo 1 2 3)** **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*

**Data di nascita/ Date of birth** \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  Uomo / Male  Donna / Female

2. **Cognome e Nome (Gruppo 1 2 3)** **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*

**Data di nascita/ Date of birth** \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  Uomo / Male  Donna / Female

3. **Cognome e Nome (Gruppo 1 2 3)** **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*

**Data di nascita/ Date of birth** \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  Uomo / Male  Donna / Female

4. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
5. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
6. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
7. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
8. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
9. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
10. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
11. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
12. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
13. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**
14. **Cognome e Nome** (Gruppo 1 2 3) **carica ricoperta** A B C D  
*Full name:* \_\_\_\_\_ *position held*
- Data di nascita/** Date of birth \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  **Uomo / Male**  **Donna / Female**

**(Nel caso in cui i Soggetti da assicurare sono complessivamente superiori a 14, continuare aggiungendo ulteriori pagine o riportare l'elenco dei persone da assicurare su carta intestata)**

F. Si vuole l'applicazione della TABELLA "SCALA 225%", specifica di maggiorazione Indennità per l'Invalidità Permanente da Infortunio?  Si/Yes  No/No  
Se "Si" per quali gruppi di Assicurandi? Gruppo 1 Gruppo 2 Gruppo 3  
(si applicherà l'aumento del 30% sul premio inerente l'Invalidità Permanente)

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

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

H. 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.*

## Dichiarazione

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete, or Underwriters to accept, this Insurance.

**Cognome e Nome del Proponente (o del Soggetto autorizzato se il Proponente è uno Studio Associato o Società)**

.....

**Firma, con data, del Proponente** (se richiesta) ..... **data**.....  
Signature and Date of the Policy Holder (if required)

## 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.

**Cognome e Nome del Proponente (o del Soggetto autorizzato se il Proponente è uno Studio Associato o Società)**

.....

**Firma, con data, del Proponente** (se richiesta) ..... **data**.....

Signature and Date of the Policy Holder (if required)

## **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 tecnica (Ingegneri, Architetti, Geologi, Periti Industriali, Geometri, Agronomi e Forestali, Periti Agrari e Agrotecnici, etc.)	
CATEGORIE DI DATI	PERIODO DI CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni generali sulle Opere (Stazione appaltante/Committente, oggetto dell'incarico, ecc.);</li> <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 anagrafici (nome, cognome, sesso, luogo e data di nascita, residenza, domicilio);</li> <li>- Informazioni su eventuali integrazioni;</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 accesso controllato in grado di proteggere i dati,</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>- 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 sul tipo di attività svolta attuale e precedente (categoria professionale, Ordine Professionale di appartenenza, Ente o Azienda di appartenenza, ruolo e incarico ricoperto, natura delle opere, ecc.);</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>- Dati relativi alle condizioni assicurative richieste (voci di interesse, massimale, franchigia, clausole a pattuizione espressa, periodo di copertura, ecc.);</li> <li>- Codice Fiscale;</li> <li>- Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.);</li> <li>- Informazioni relative ai precedenti assicurativi (sinistri, polizze in scadenza, ecc.)</li> </ul>	<p>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) ai seguenti recapiti:

**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 per il **Trattamento dati per Polizze Professionisti area Tecnica** (Ingegneri, Architetti, Geologi, Periti Industriali, Geometri, Agronomi e Forestali, Periti Agrari e Agrotecnici, 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)