

## Raccolta Dati e Adesioni

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

#### 1. Origine e finalità del trattamento dei dati personali

I Suoi dati personali, acquisiti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati dalla Società Cunsolo Francesco Maria S.A.S. (di seguito "Società") al fine di poter svolgere, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo mms o sms, etc.), attività commerciali e promozionali, relativamente a servizi e prodotti assicurativi e finanziari.

#### 2. Base giuridica del trattamento

In relazione alla finalità sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dal Suo consenso esplicito, che viene espresso in calce alla presente informativa.

#### 3. Modalità di trattamento

I dati saranno trattati dalla Società – Titolare del Trattamento – anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute. I dati saranno conservati di norma 2 anni con possibile estensione fino a 5 anni, in base al tipo di rapporto instaurato (semplice contatto via web, piuttosto che registrazione, contatto occasionale o consolidato) e tenuto conto della tipologia dei dati trattati.

#### 4. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati, secondo i casi e limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti – situati in Italia o all'estero – che svolgono, per conto della Società stessa, attività di natura tecnica, organizzativa ed operativa. I dati potranno anche essere comunicati alle imprese controllate, direttamente o indirettamente, dalla Società. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusi one.

#### 5. Diritti dell'interessato (Artt. 12-23 del Regolamento)

Lei ha il diritto di conoscere quali siano i Suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengono trattati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne in copia un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei Suoi diritti, potrà rivolgersi alla nostra Agenzia – Piazza della Concordia 20, 95047 Paternò (CT) – Telefono 095 846 397 E-mail [info@cunsoloassicurazioni.it](mailto:info@cunsoloassicurazioni.it).

#### 6. Titolare e Responsabile della protezione dei dati

- Il Titolare del trattamento è la Società Cunsolo Francesco Maria S.A.S. – Piazza della Concordia, 20 – 95047 Paternò (CT).

- Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [info@cunsoloassicurazioni.it](mailto:info@cunsoloassicurazioni.it)

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa privacy e do il mio consenso al trattamento dei miei dati personali come sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma Cliente



## TUTELA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

**Professionista Reale** Difende il valore delle tue attività

PROFESSIONI SANITARIE

## QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

## GENERALITÀ DEL SOTTOSCRITTORE (in caso di più professionisti occorre che sia compilato un questionario ciascuno)

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Codice Fiscale o Partita IVA: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello studio professionale \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL TITOLO DI STUDIO

Laurea in: \_\_\_\_\_ oppure Diploma in \_\_\_\_\_

Specializzato in: \_\_\_\_\_ oppure specializzando in: \_\_\_\_\_

Data di conseguimento del titolo di studio: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Data di conseguimento della specializzazione: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Data di iscrizione all'Ordine professionale: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

1) Tipo di struttura dove il Sottoscrittore opera prevalentemente:  
struttura pubblica    struttura privata    altro (specificare) \_\_\_\_\_

- 2) Inquadramento professionale:
- 
- a) Dipendente che esercita la sua attività in regime di esclusiva, esclusa attività libero professionale (dipendente puro)
- 
- b) Dipendente che svolge attività libero professionale in regime di esclusiva (intraoemia)
- 
- c) Dipendente che svolge attività libero professionale NON in regime di esclusiva (extraoemia)
- 
- d) Convenzionato con il SSN che NON esercita attività libero professionale (parificabile al dipendente puro)
- 
- e) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale occasionale (parificabile a intraoemia)
- 
- f) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale strutturata \* (parificabile a extraoemia)
- 
- g) Libero professionista

\* Per attività libero professionale strutturata svolta dal professionista convenzionato con il SSN si intende l'attività espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito.

- 3) L'inquadramento professionale dichiarato al precedente punto 2) è variato, anche per un breve periodo, nel corso degli ultimi 10 anni?
- SI    NO
- 
- Se sì, indicare qual era il precedente inquadramento e la data in cui è variato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4) Acquisisce il consenso informato in forma scritta?
- SI    NO

5) Esegue interventi di tipo invasivo? SI NO

Per interventi di tipo invasivo si intende il complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo appartengono a tale categoria di intervento: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotici, inserimenti di pace-maker.  
Non sono invece considerati invasivi i seguenti atti medici: medicazioni, suture superficiali, posizionamento di cateteri vescicali, infiltrazioni peri e intra articolari e ogni altra prestazione assimilabile, secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore.

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

6) Esegue interventi chirurgici in day surgery? SI NO

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

7) Esegue interventi chirurgici che comportano ricovero? SI NO

Per interventi chirurgici si intendono le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti o organi. Per ricovero si intende la permanenza in struttura sanitaria con pernottamento.

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

8) Esegue trattamenti di medicina estetica? SI NO

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

9) Esegue interventi di chirurgia vertebrale/spinale (nota 1)? SI NO

10) Esegue interventi di chirurgia bariatrica (nota 1)? SI NO

11) Esegue interventi di chirurgia plastica (nota 2)? SI NO

Se sì, indicare quali (specificando se si tratta di chirurgia ricostruttiva o estetica):

-----  
-----

12) Pratica attività relativa all'ostetricia? SI NO

13) Pratica attività di Procreazione Medicalmente Assistita (v. nota 2)? SI NO

Se sì, indicare il livello di PMA e presso quale struttura è svolta l'attività:

-----  
-----

14) Qualora svolga attività di radiodiagnostica, effettua anche diagnostica in ambito senologico? SI NO

15) Esegue interventi di implantologia dentale? SI NO

16) Svolge attività non occasionale presso il reparto di pronto soccorso? SI NO

17) Ricopre incarichi di direttore di struttura (ex Primario - v. nota 3) o di analoga funzione organizzativa presso ente ospedaliero riconosciuto tale a norma di legge o presso clinica universitaria? SI NO

Nota per l'intermediario (1): La chirurgia vertebrale/spinale e quella bariatrica sono rischi riservati alla Direzione

Nota (2): La chirurgia estetica e la procreazione assistita non sono coperte dall'assicurazione.

Nota (3): Altre funzioni organizzative (ad esempio Direttore Sanitario) non sono assicurabili

- 18) Svolge attività di vigilanza e ispezione di stabilimenti per la produzione e lavorazione di carni? (per veterinari) SI NO
- 19) Svolge incarichi di medico competente ai sensi del d.lgs. 81/2008? SI NO
- 20) È interessato a limitare la copertura alle azioni di rivalsa per colpa grave? SI NO

Tale limitazione è compatibile solo per gli inquadramenti di cui al precedente punto 2) - lettere a) e b).  
 NOTA BENE: nel caso in cui l'inquadramento professionale del medico sia b) "dipendente con intramoenia" la copertura della sola rivalsa per colpa grave non tiene indenne l'Assicurato nel caso in cui gli venga contestata una responsabilità derivante da un'obbligazione contrattuale assunta nei confronti del proprio cliente/paziente.

- 21) È interessato ad estendere la garanzia (estensione non compatibile con la garanzia limitata alla colpa grave):
- alle perdite pecuniarie SI NO
  - al laboratorio di odontotecnico annesso allo studio assicurato SI NO

**INFORMAZIONI PER L'ASSICURATORE**

22) Massimale richiesto per l'assicurazione di Responsabilità Civile: € \_\_\_\_\_

Il Sottoscrittore:

- 23) Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Responsabilità Civile per l'attività esercitata? SI NO  
 Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza:

-----

- 24) Ha avuto polizze di Responsabilità Civile professionale disdette o non rinnovate da altri Assicuratori? SI NO  
 Se sì, indicare la Compagnia Assicurativa, la data e il motivo della disdetta o del mancato rinnovo:

-----  
 -----  
 -----

- 25) Ha ricevuto negli ultimi 5 anni richieste di risarcimento inerenti l'attività professionale? SI NO  
 Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare:

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Descrizione evento:

-----  
 -----  
 -----

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_

Esito:

-----  
 -----  
 -----

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Descrizione evento:

-----  
 -----  
 -----

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_

Esito:

-----  
 -----  
 -----

26) Alla data della compilazione del presente questionario, è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi per comportamenti colposi posti in essere nello svolgimento della professione? SI NO  
Se sì, indicare di seguito i dettagli e allegare eventuale documentazione:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**N.B.:** Tale dichiarazione non deve essere resa in caso di sostituzione di precedente polizza stipulata con RMA avente durata non inferiore a 12 mesi, senza variazione del rischio in termini di garanzie, soggetti assicurati e massimali.

Eventuali ulteriori informazioni:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Sottoscrittore alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza sia emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.**

**Il Sottoscrittore riconosce che le dichiarazioni rese, anche in nome e per conto degli altri soggetti indicati nel presente questionario, sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.**

**Dichiara inoltre di essere dotato del potere di rappresentanza/firma per conto del Contraente e degli altri soggetti assicurati e di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

**Se tra la data di compilazione della presente Proposta-Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Sottoscrittore si impegna a darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.**

Luogo e Data di compilazione

FIRMA

-----

