



**4. SPECIALIZZAZIONI**

Indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività

**Area Medica**

- Allergologia ed Immunologia Clinica
- Dermatologia e Venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del ricambio
- Epatologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Immunologia
- Malattie dell'apparato respiratorio /Pneumologia
  
- Medicina di base
- Medicina d'urgenza
- Medicina di comunita'
- Medicina generale
- Malattie infettive
  
- Medicina interna
  
- Medicina dello sport
- Medicina tropicale
- Nefrologia
  
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Oncologia
- Pediatria (esclusi paz. primi 60 gg)
- Pediatria (inclusi paz. primi 60 gg)
- Psichiatria/Clinica Psichiatrica
- Psicologia clinica
- Reumatologia
- Medico Specializzando (indicare la specializzazione):
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Area Chirurgica**

- Andrologia/Urologia
- Angiologia
- Cardiocirurgia
- Cardiologia
- Chirurgia apparato digerente
- Chirurgia d'urgenza
- Chirurgia generale
- Chirurgia maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
  
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Endocrinocirurgia
- Ginecologia e Ostetricia con assistenza al Parto
  
- Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto
- Neurochirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
  
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
  
- Medico abilitato non specializzato

**Area Servizi Clinici**

- Anatomia patologica
- Anestesia e rianimazione
- Audiologia e foniatria
- Biochimica e chimica clinica
- Farmacologia
- Genetica Medica
- Igiene e medicina preventiva
- Medicina del lavoro
- Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria
- Medicina legale
- Medicina nucleare
- Microbiologia e Virologia
- Ortognatodonzia con implantologia
- Ortognatodonzia senza implantologia
  
- Patologia clinica
  
- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Scienza della alimentazione/Dietologia
- Tossicologia medica

**Area non medica**

- Biologia

**5. PRESTAZIONI PER CONTO DEL S.S.N**

Indicare se il proponente richiede/accetta l'esclusione dalla copertura di polizza dell'attività in Libera Prestazione/Extramuraria e pertanto richiede copertura limitatamente all'attività svolta come dipendente del SSN/in regime "intramuraria" .

Sì  No

a) Precisare di seguito l'Ente del SSN per conto del quale viene svolta l'attività professionale

\_\_\_\_\_

b) Indicare se il proponente è Dirigente di II Livello:

Sì  No

## 6. SINISTROSITÀ PREGRESSA

- a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?
- b) Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di una propria responsabilità civile, penale o deontologica?

|\_\_| Sì |\_\_| No

In caso affermativo, si prega di indicare in merito a ciascun sinistro e/o circostanza:

descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum"):

---

le date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica:

---

i profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili:

---

## 7. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto, dichiara:

- a) che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione;
- c) che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- d) che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Pagina  
3 di 4

Nome: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano 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.

Per espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile:

Nome: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il fascicolo informativo previsto dall'articolo 32, punto 2, del Regolamento n° 35 dell'ISVAP.

IL PRESENTE QUESTIONARIO, UNITAMENTE ALL'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL PROPONENTE, DOVRA' PERVENIRE, DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, A **CECCHIN BROKER & TRAINING INSURANCE** AL SEGUENTE INDIRIZZO E-MAIL:

[info@cecchinbroker.it](mailto:info@cecchinbroker.it)

## INFORMATIVA per il trattamento assicurativo di dati personali

Il 1 gennaio 2004 è entrato in vigore il D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 che disciplina la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Ai sensi dell'art. 13 di tale legge la **CECCHIN BROKER & TRAINING INSURANCE di Cecchin Claudio**, iscritta nel Registro Unico degli Intermediari al n. **B000027265**, in qualità di titolare del trattamento è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali della propria clientela:

### **Finalità del trattamento cui sono destinati i dati**

Il trattamento dei dati personali e sensibili a Voi riferiti è diretto esclusivamente all'espletamento dell'attività di cui al Codice delle Assicurazioni Private, consistente nella mediazione con imprese di assicurazione o riassicurazione svolta nel Vostro interesse e a seguito di Vostro incarico, nella collaborazione da noi prestata alla copertura dei rischi, nella nostra assistenza nella determinazione del contenuto dei relativi contratti e nella loro gestione ed esecuzione.

### **Fonte di acquisizione dei dati personali**

Il conferimento di tali dati è facoltativo, salvo il caso in cui venga richiesto da specifiche norme di legge (ad esempio la normativa in materia di riciclaggio di denaro). In tal caso la sua mancanza potrà comportare conseguenze nella procedura di copertura dei rischi a Voi riferiti qualora i dati richiesti siano necessari a tal fine. Il conferimento di dati riferiti alla situazione sanitaria è obbligatorio ai fini della stipula di alcune tipologie di polizze (sanitarie, vita, invalidità permanente da malattia) e la sua mancanza comporterà l'impossibilità a contrarre.

### **Modalità del trattamento dei dati**

Il trattamento dei dati potrà essere da noi effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati e potrà consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle previste dalla Legge 196/2003.

### **Categorie di soggetti a cui possono essere comunicati**

I dati personali non sono soggetti a diffusione tuttavia limitatamente all'espletamento dell'attività, possono essere comunicati ad altri rappresentanti del settore assicurativo come ad esempio a titolo esemplificativo e non esaustivo: altre società del gruppo, compagnie, agenti, broker, periti, consulenti, medici, legali, Isvap, Ministero dello Sviluppo Economico, società di servizi come ad esempio per la certificazione di qualità, società di informatica per la manutenzione e il controllo dei sistemi operativi, società per la gestione di antifurti per veicoli ecc. In tal caso i dati identificativi dei corrispondenti titolari e dei responsabili potranno essere acquisiti presso il Garante per la protezione dei dati personali e presso gli stessi soggetti identificati. I dati potranno essere anche trasferiti al di fuori del territorio italiano. Pagina  
4 di 4

### **Diritti di cui all'art. 7 Legge 196/2003**

Ai sensi dell'articolo 7 della Legge 196/2003, l'interessato può ottenere dal titolare del trattamento la conferma o meno dell'esistenza di propri dati personali, di avere conoscenza dell'origine di tali dati, nonché le caratteristiche del trattamento; può inoltre ottenere la cancellazione o la riduzione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati; può infine opporsi al trattamento per motivo legittimi.

### **Titolare del trattamento e responsabile del trattamento**

I titolari e responsabili del trattamento sono:

CECCHIN CLAUDIO SEBASTIANO – VIA DON PAVIOLO, 2 – 10036 SETTIMO TORINESE (TO)

TEL. 011.800.12.32 – FAX 011.801.08.19 – e-mail info@cecchinbroker.it

### **CONSENSO DEL CLIENTE**

Preso atto della informativa di cui sopra, acconsentiamo al trattamento e all'eventuale trasferimento all'estero dei nostri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa, con particolare riferimento alla trattazione e gestione di eventuali sinistri. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Nome del Cliente: \_\_\_\_\_

### **Acconsentiamo al trattamento**

Data \_\_\_\_\_ Firma (e timbro) \_\_\_\_\_