

MODULO DI PROPOSTA

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO

R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente al Contraente/Proponente che intende assicurarsi, nella forma "Claims Made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	☐ NO	☐ SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

CONTRAENTE

*Campi obbligatori

Ragione Sociale	*	
Partita IVA	*	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	*	
Indirizzo E-mail	*	
Indirizzo PEC	*	
N. Telefono - N. Fax	*	Telefono: _____ Fax: _____

PROPONENTE (se diverso dal Contraente)

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo: _____
Residenza	*	Indirizzo: _____ N. Civico: _____ C.A.P.: _____ Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____
Indirizzo E-mail personale ¹ – PEC 1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata	*	E-mail pers.: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	N. Tel: _____ N. Fax: _____ N. Cell: _____
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	*	Ordine della provincia di _____ / N° _____
Data iscrizione all'Ordine	*	Data: / / Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	Data: / /
Data di decorrenza richiesta	*	Data: / /

NEOLAUREATO: Il Proponente ha meno di anni 34 (trentaquattro) ed è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro)? ☐ SI ☐ NO

SPECIALIZZANDO: Il Proponente è uno Specializzando con meno di anni 34 (trentaquattro)? ☐ SI ☐ NO

MEDICO UNDER 35: Il Proponente ha meno di anni 36 (trentasei)? ☐ SI ☐ NO

ATTENZIONE: La scontistica denominata "MEDICO UNDER 35" non è applicabile a Neolaureati e Specializzandi.

ATTENZIONE: Per richiedere la copertura "Neolaureato" oppure "Specializzando" selezionare l'omonimo campo nella tabella alla sezione denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALIZZAZIONI MEDICHE ASSICURABILI".

A) Il Proponente è componente di uno Studio Medico, Studio Associato o Società? ☐ SI ☐ NO

A.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare il numero di Soci/Associati. N° Soci/Associati: _____

A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare il numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti: _____

A.3) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale dello Studio Associato		
Partita IVA / Codice Fiscale		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)		
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail:	PEC:
N. Telefono - N. Fax	Telefono:	Fax:
Nr. degli Associati componenti lo Studio		
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la Polizza per cui si sta aderendo		
Nr. Dipendenti dello Studio		

A.4) Al fine di poter proseguire la compilazione, il Proponente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:

a) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

b) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

A.5) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore del Proponente

☐ SI

☐ NO

B) Il Proponente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? ^{1,2}

☐ SI

☐ NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge al Proponente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale della Struttura		
Partita IVA / Codice Fiscale		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)		
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail:	PEC:
N. Telefono - N. Fax	Telefono:	Fax:

B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, il Proponente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:

a) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire precisa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

b) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dal Proponente stesso:

☐ CONFERMO

☐ NON CONFERMO

Attenzione: Selezionando "NON CONFERMO" il Proponente si obbliga a fornire precisa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Proposta

B.3) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore del Proponente

☐ SI

☐ NO

PROFESSIONE MEDICA - MODULO DI PROPOSTA

PRECEDENTI COPERTURE:

Il Proponente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

☐ In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

☐ Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

☐ Senza continuità e senza postuma

☐ Non ero assicurato

COPERTURE CORRENTI:

Il Proponente o è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? ☐ SI ☐ NO

Il Proponente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?

☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Scheda di Polizza: _____

In alternativa, se aderente ad una Polizza Collettiva:

Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

Il Proponente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____ Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (Non richiesto per gli Specializzandi):

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? ☐ SI ☐ NO

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00 (per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

2. RETROATTIVITÀ:

☐ 10 ANNI ☐ ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

☐ Copertura di "Primo Rischio" ☐ Copertura di "Secondo Rischio"

4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) Il Proponente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? ☐ SI ☐ NO

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura¹⁾ ☐ SI ☐ NO

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

In caso di risposta affermativa al punto b) precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa al punto c) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

5. GARANZIA ACCESSORIA DI TUTELA LEGALE:

Il Proponente richiede di attivare la garanzia di Tutela Legale? SI ☐ NO ☐

ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali il Proponente deve fare stretto riferimento. Il Proponente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Proposta.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specialità Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte del Proponente alle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

Specialità Mediche Assicurabili NON INVASIVE

☐ Allergologo ed Immunologia Clinica	☐ Medico Terapista della respirazione
☐ Amministratore di Struttura Sanitaria	☐ Microbiologia/Virologia
☐ Analista al microscopio	☐ Musicista Terapista
☐ Anatomia patologica	☐ Naturopata / Nutripuntore
☐ Andrologia senza int. chir.	☐ Nefrologo
☐ Anestesia e rianimazione	☐ Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)
☐ Angiologo	☐ Neurofisiopatologo
☐ Assistente di Oftalmologia	☐ Neurologo
☐ Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	☐ Neuropsichiatra infantile
☐ Audiologo	☐ Neuropsichiatra
☐ Biochimica e chimica clinica	☐ Oculistica senza interventi chirurgici
☐ Biologo	☐ Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
☐ Bionaturopata	☐ Omeopata
☐ Cardiologia	☐ Oncologia senza interventi chirurgici
☐ Chiropratico	☐ Operatore Socio-Sanitario
☐ Consulente della riabilitazione	☐ Optometrista
☐ Cosmetologo	☐ Ortesista/Protesista
☐ Dermatologo e Venereologo	☐ Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
☐ Diabetologo	☐ Ortopedista
☐ Dietologo/Nutrizionista/Dietista	☐ Ortottista
☐ Dottore in Farmacia	☐ Osteopata
☐ Ematologia senza attività invasive	☐ Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
☐ Endocrinologo e malattie del ricambio	☐ Patologo clinico
☐ Epatologo	☐ Pedagogista
☐ Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	☐ Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
☐ Erborista	☐ Perfusionista
☐ Estetista	☐ Personal trainer
☐ Farmacia Ospedaliera	☐ Pneumologia senza attività invasiva
☐ Farmacologia	☐ Podologo
☐ Fisiatra	☐ Pranoterapeuta
☐ Fisico Medico	☐ Psichiatria
☐ Fisioterapista	☐ Psicoanalista
☐ Foniatra	☐ Psicologo/Psicologo Clinico
☐ Gastroenterologia	☐ Psicoterapeuta

☐ Geriatra	☐ Radiodiagnostica (no mammografia)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Radiologia (non invasiva)
☐ Igienista dentale	☐ Reumatologo
☐ Immunologo	☐ Riflessologo
☐ Infermiere	☐ Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
☐ Infettivologo	☐ Sonografista/Ecografista
☐ Informatore scientifico della salute	☐ Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)
☐ Ingegnere biomedico	☐ Tecnico Addetto di Farmacia
☐ Kinesiologo	☐ Tecnico Audiometrista
☐ Logopedista	☐ Tecnico Audioprotesista
☐ Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	☐ Tecnico degli ultrasuoni
☐ Malattie infettive e tropicali	☐ Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
☐ Massofisioterapista	☐ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
☐ Massoterapista	☐ Tecnico di medicina nucleare
☐ Medicina Aeronautica e spaziale	☐ Tecnico di Neurofisiopatologia
☐ Medicina del lavoro	☐ Tecnico ECG
☐ Medicina di comunità	☐ Tecnico nell'Alimentazione Dietetica
☐ Medicina estetica	☐ Tecnico Ortopedico
☐ Medicina interna	☐ Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
☐ Medicina nucleare	☐ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
☐ Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	☐ Terapista del lavoro
☐ Medico codificatore di storia clinica del paziente	☐ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
☐ Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	☐ Terapista Occupazionale
☐ Medico dello sport	☐ Terapista Shiatsu
☐ Medico di Medicina Generale o Medico Generico	☐ Tossicologo
☐ Medico Internista	☐ Urologia (No attività invasive)
☐ Medico Legale	

Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

☐ Anestesia e rianimazione con attività invasiva	☐ Medico d'urgenza e 118
☐ Cardiologia interventistica	☐ Nefrologia con attività invasiva
☐ Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)	☐ Neurologia con atti invasivi
☐ Ematologia con attività invasive	☐ Ortodontista
☐ Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	☐ Ortopedia (chirurgia minore)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Pediatria (chirurgia minore)
☐ Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	☐ Pneumologia con attività invasiva
☐ Malattie infettive con attività invasiva	☐ Radiodiagnostica con mammografia
☐ Medicina Generale (chirurgia minore)	☐ Radiologia interventistica
☐ Medicina Generale con attività invasiva	☐ Senologia
☐ Medicina interna con attività invasiva	☐ Terapia del dolore con atti invasivi

Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

☐ Andrologo con attività chirurgica	☐ Gastroenterologia (atti invasivi non minori)
☐ Angiologia con interventi chirurgici	☐ Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
☐ Cardiochirurgia	☐ Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione e PMA
☐ Chirurgia addominale	☐ Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
☐ Chirurgia della mano	☐ Neurochirurgia
☐ Chirurgia d'urgenza e 118	☐ Oculistica con interventi chirurgici
☐ Chirurgia gastroenterologica	☐ Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione
☐ Chirurgia generale	☐ Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche
☐ Chirurgia maxillofacciale	☐ Oncologia con interventi chirurgici

PROFESSIONE MEDICA - MODULO DI PROPOSTA

☐ Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)	☐ Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
☐ Chirurgia Ricostruttiva	☐ Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
☐ Chirurgia toracica	☐ Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
☐ Chirurgia vascolare	☐ Pediatria chirurgica
☐ Endocrinochirurgia	☐ Urologia

ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. Se la specialità medica assicurabile scelta è afferente alla Odontoiatria, si vuole estendere la copertura ai trattamenti estetici del viso consentiti dal D.L. 34/2023 del 30 marzo 2023? ☐ SI ☐ NO

2. Il Proponente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specialità Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) _____
ii) _____
iii) _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi alla Compagnia

INFORMAZIONI:

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

☐ NO ☐ SI N. Sinistri (*) _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. Data scoperta

Eventuale somma liquidata _____ Controparte _____
Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

II. Data scoperta

Eventuale somma liquidata _____ Controparte _____
Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

III. Data scoperta

Controparte _____

Eventuale somma liquidata	_____	Eri assicurato?	☐ NO	☐ SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata	_____ _____ _____			
Breve descrizione del danno	_____ _____			

PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di **Assicurazione**, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Proposta**):

☐ NO ☐ SI N. Fatti Noti o Circostanze _____

Fornire le seguenti informazioni:

i. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno _____

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 161 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.02.2025"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Proposta**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 461 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.02.2025"** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di **Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza**;

PROFESSIONE MEDICA - MODULO DI PROPOSTA

- (C) Formulazione temporale dell'Assicurazione "Claims Made" ai sensi dell'Art. 2) Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività delle Condizioni di Assicurazione "Mod. 461 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.02.2025";
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione ai sensi dell'Art. 4) Esclusioni, par. a. delle Condizioni di Assicurazione "Mod. 461 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.02.2025".

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE