

Dati del Cliente			
Ragione Sociale		Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo sede legale		Comune	C.A.P.
Codice ATECO		Codice Convenzionamento S.S.N.	
Sito web	Recapito telefonico	E-mail	

Barrare la tipologia di struttura tra quelle di seguito elencate	
<b>Servizi di assistenza sociale residenziale</b>	
<input type="checkbox"/> Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili (R.S.A.) ..... Numero posti letto ..... <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza sociale residenziale (R.A.)..... Numero posti letto ..... <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	
<b>Servizi di Assistenza sanitaria</b>	
<input type="checkbox"/> Centro di terapie fisiche e riabilitative <input type="checkbox"/> Ambulatorio di diagnostica strumentale <input type="checkbox"/> Centro di dialisi <input type="checkbox"/> Ambulatorio specialistico <input type="checkbox"/> Poliambulatorio - Centro Medico <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi <input type="checkbox"/> Studio odontoiatrico <input type="checkbox"/> Servizi degli studi medici di medicina generale	<input type="checkbox"/> Attività dei centri di radioterapia <input type="checkbox"/> Studi di omeopatia e di agopuntura <input type="checkbox"/> Centri di medicina estetica <input type="checkbox"/> Case di cura per lunga degenza <input type="checkbox"/> Altre attività paramediche indipendenti <input type="checkbox"/> Attività svolta da psicologi <input type="checkbox"/> Attività degli ambulatori tricologici <input type="checkbox"/> Laboratori di Igiene e profilassi
<b>Fornire una breve descrizione in merito all'attività svolta</b>	

Ubicazione dei rischi				
1	Indirizzo - via - n° civico - eventuale località	Comune	Provincia	CAP
2	Indirizzo - via - n° civico - eventuale località	Comune	Provincia	CAP
3	Indirizzo - via - n° civico - eventuale località	Comune	Provincia	CAP
4	Indirizzo - via - n° civico - eventuale località	Comune	Provincia	CAP
5	Indirizzo - via - n° civico - eventuale località	Comune	Provincia	CAP

<b>Figure Mediche</b>	
Numero Medici liberi Professionisti .....	Numero Medici Dipendenti .....

**Avvertenza!**

Si ricorda che dalla presente copertura sono sempre escluse le ecografie prenatali, le prestazioni in ambito di ginecologia per diagnosi prenatale, genetica medica ed interventi chirurgici in genere con la sola eccezione per gli interventi di chirurgia Odontoiatrica, Odontostomatologica e di Implantologia.

Si ricorda che la presente polizza non fornisce copertura ai professionisti che, alla data dell'intervento chirurgico di implantologia, non siano abilitati da almeno 24 mesi.

<b>Informazioni sul Fatturato</b>			
	Esercizio in corso ( stimato) €	Esercizio anno precedente €	Penultimo esercizio Finanziario €
Fatturato annuo			

<b>Precedenti Assicurativi</b>		
Avete una polizza attiva, alla data di decorrenza della presente proposta, relativa l'assicurazione RCT/O?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</i>		
È mai stata rifiutata/annullata/disdetta una polizza assicurativa per i medesimi rischi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo indicare la Compagnia e l'anno di disdetta:</i>		
È previsto un periodo di postuma o suppletivo che vi consenta di notificare agli assicuratori in corso dei sinistri relativi a eventi verificatisi nell'anno di polizza, ma denunciati negli anni successivi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo indicare gli anni di postuma:</i>		

<b>Precedenti sinistri</b>					
Il Contraente è a conoscenza di fatti o circostanze note dai quali possano derivare richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</i>					
Specificare l'anno o gli anni nei quali sono occorsi i sinistri:					
Anno	N° danni pagati	Tot. Importo danni pagati	N° danni riservati	Tot. Importo danni riservati	
Totale					

<b>Selezionare il massimale per sinistro/anno</b>			
Opzione	Massimale per sinistro	Massimale per anno	Note
<input type="checkbox"/> Opzione A	€ 2.000.000, <sup>00</sup>	€ 4.000.000, <sup>00</sup>	
<input type="checkbox"/> Opzione B	€ 3.000.000, <sup>00</sup>	€ 6.000.000, <sup>00</sup>	
<input type="checkbox"/> Opzione C	€ 5.000.000, <sup>00</sup>	€ 10.000.000, <sup>00</sup>	
<input type="checkbox"/> Opzione D	€ 4.000.000, <sup>00</sup>	€ 12.000.000, <sup>00</sup>	<i>Solo per Studi Odontoiatrici</i>
<input type="checkbox"/> Opzione E	€ 5.000.000, <sup>00</sup>	€ 15.000.000, <sup>00</sup>	<i>Solo per Studi Odontoiatrici</i>

**Avvertenza!**

Si ricorda che in tutti i casi il massimale per le Malattie Professionali per sinistro e anno sarà pari a € 2.000.000,<sup>00</sup>.

<b>Selezionare la franchigia desiderata:</b>
<input type="checkbox"/> Franchigia Euro 1.000, <sup>00</sup>
<input type="checkbox"/> Franchigia Euro 2.000, <sup>00</sup>
<input type="checkbox"/> Franchigia Euro 3.000, <sup>00</sup>
<input type="checkbox"/> Franchigia Euro 5.000, <sup>00</sup>
<input type="checkbox"/> Franchigia Euro 10.000, <sup>00</sup>

**Avvertenza!**

Le franchigie di 1.000,<sup>00</sup> e 2.000,<sup>00</sup> euro sono selezionabili esclusivamente da strutture Convenzionate SSN che non svolgano interventi chirurgici in genere in ambito Odontoiatrico, Odontostomatologico e di Implantologia.

<b>Dichiarazioni conclusive del Cliente</b>
<p>Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.</p> <p>Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.</p> <p>Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.</p> <p>Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy sintetica facente parte del presente questionario.</p>

**Avvertenza!**

In caso di cessazione del presente contratto l'assicurato non potrà più essere manlevato in relazione a richieste risarcitorie pervenute successivamente, anche se inerenti condotte colpose poste in essere durante il periodo di validità della polizza. Pertanto, laddove l'assicurato intenda ancora essere coperto per la Responsabilità Civile verso terzi, dovrà stipulare una nuova polizza assicurativa che garantisca il medesimo rischio già coperto dal presente contratto, sempre in regime temporale "claims made".

Luogo e data

Il Cliente / Assicurando

-----

-----

## **INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI**

<b>Chi decide perché e come trattare i dati?</b>	<b>AXA Assicurazioni S.p.A.</b> , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
<b>Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?</b>	<p>a) <b>Finalità assicurativa</b> I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.</p> <p><b>Il trattamento dei dati è necessario</b> per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.</p> <p>Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.</p>
<b>Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?</b>	Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.
<b>A chi sono comunicati i dati?</b>	<p>I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipendenti e collaboratori</li> <li>- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;</li> <li>- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;</li> <li>- altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari</li> </ul> <p>In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.</p> <p><b>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</b></p>
<b>Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?</b>	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, <b>l'interessato può scrivere a:</b> AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 – 20154 Milano (MI) - e-mail: <b>privacy@axa.it</b> .
<b>Da dove provengono i dati trattati?</b>	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
<b>Per quanto tempo i dati vengono conservati?</b>	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 12 mesi dalla compilazione del questionario e qualora lo stesso non si sia trasformato in preventivo e/o polizza si procederà alla cancellazione dei dati.
<b>Informazioni aggiuntive</b>	L'informativa dettagliata è disponibile sul sito <a href="http://www.axa.it">www.axa.it</a> . nella sezione Privacy.