

**Modulo di richiesta attivazione polizza RC Professionale ANDID
Italiana Assicurazioni S.p.A. Agenzia Generale di Genova 105**

Via Ippolito d'Aste 1/2 16121 GENOVA

Tel 010/565582/3/4 FAX 010/543617

genovabrignole.105@agenzie.italiana.it

PEC: buzzisnc@pec.it

Io sottoscritto (Richiedente):

Nome Cognome		
Nato a	Prov.	il
Residente a		Prov.
Via		N°
Codice fiscale e P. IVA	N° iscrizione ANDID	
Mail	Telefono	

Richiedo **ad Italiana Assicurazioni Agenzia Generale di Genova 105** l'emissione della polizza di Responsabilità Civile Professionale per **DIETISTA**

Dichiaro, anche ai sensi degli art. 1892, 1893 del Codice Civile quanto segue:

- di svolgere la professione di **DIETISTA**
- di aver conseguito il titolo abilitante la professione dichiarata in data
- di essere **dipendente** **libero professionista**
- eventuale studio professionale privato sito in
- di AVER preso visione del fascicolo informativo

2.1 - di NON aver ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di **DIETISTA**

oppure

2.2 -di AVER ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di **DIETISTA**

3.1 - di NON essere a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo di Adesione, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di **DIETISTA**

oppure

3.2 -di ESSERE a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo di Adesione, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di **DIETISTA**

Avvertenza: nel caso in cui siano state selezionate le dichiarazioni 2.2 e/o 3.2 l'attivazione della Polizza assicurativa sarà subordinata a maggiori valutazioni.

La richiesta dovrà essere inoltrata unitamente alle ulteriori informazioni utili per la valutazione del rischio da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.

L'assicurazione perfezionata avrà effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato a **ITALIANA ASSICURAZIONI/BUZZI S.A.S. codice IBAN IT 52V0503401437000000001313**; in nessun caso la data di decorrenza dell'assicurazione potrà essere anteriore alla data di valuta di accredito del premio assicurativo sul conto corrente indicato. **LA POLIZZA SARA' EMESSA SOLO DOPO VERIFICA DI EFFETTIVA ISCRIZIONE AD ANDID, CON CONTROLLO AUTOMATIZZATO PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ASSOCIAZIONE**

Si precisa che la garanzia è operante come previsto dalla Legge 24/2017 in ordine alle garanzie pregressa decennale e postuma decennale.

Il massimale assicurato per sinistro e per anno assicurativo è fissato in € 2.000.000,00 (duemilioni/00) e per ogni sinistro resta a carico del Dietista una franchigia fissa di € 250,00 (€ duecentocinquanta/00)

Il premio assicurativo comprensivo di imposte è convenuto in:

€ 75,00 (settantacinque/00)

Il pagamento tramite bonifico dovrà essere effettuato con la seguente causale: **emittenda polizza RC Professioni sanitarie – Nome e Cognome**

Il presente Modulo deve essere compilato, datato e firmato dal Richiedente ed inviato unitamente alla copia del bonifico effettuato all'indirizzo mail genovabrignole.105@agenzie.italiana.it oppure via fax al n. 010/543617

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative - La informiamo che i dati personali che La riguardano richiesti o acquisiti, eventualmente anche sensibili e/o giudiziari, saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

B) Modalità di trattamento dei dati personali - I dati sono trattati dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti. Nella nostra Società i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori esterni nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa.

C) Comunicazione dei dati - I dati, secondo i casi, limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti che si configurano come Responsabili o Titolari autonomi per specifici ambiti di trattamento.

D) Diffusione dei dati - I dati personali non sono soggetti a diffusione.

E) Conferimento dei dati - Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo, tuttavia, in mancanza di comunicazione non potremo dar seguito alle finalità descritte al punto A) della presente informativa.

F) Diritti dell'interessato - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, anche mediante l'utilizzo della posta elettronica, del fax o del telefono e di ricevere immediato riscontro che confermi l'interruzione di tale trattamento (art. 7 del D.Lgs. 196/2003). Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, **Benvenuti in Italiana**® Italiana Assicurazioni, Via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano, **Numero Verde 800-101313** (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutitaliana@italiana.it

G) Titolare del trattamento - Italiana Assicurazioni S.p.A.

H) Responsabile del trattamento - Il Dirigente pro tempore della Direzione Tecnica Rami Elementari.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.

Data _____ Firma _____

I) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali - Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Data _____ Firma _____

L) Relativamente alle finalità di cui alla lettera I), chiediamo altresì il Suo consenso al fine di permettere alla nostra Società ed ai soggetti sopra indicati di effettuare il trattamento dei Suoi dati anche per il tramite di strumenti di comunicazione elettronica quali e-mail, telefax, messaggi tipo Mms (Multimedia Messaging Service), o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

e-mail _____ Data _____ Firma _____

Precisiamo che il consenso è, nei casi previsti alle lettere I) e L), del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.