

**PER ADERIRE ALLA POLIZZA RC PROFESSIONALE ODONTOIATRA E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE UNITAMENTE QUELLA INFORTUNI E MALATTIA PER INABILITA' TEMPORANEA 30 GIORNI.**

**Si prega di restituire a Oris Broker tramite PEC ([orisbroker@pec.andi.it](mailto:orisbroker@pec.andi.it)) le pagine 5/18 - 6/18 - 7/18 - 8/18 - 9/18 - 10/18 - 11/18 - 14/18 - 16/18**

La Polizza RC Professionale Odontoiatrica n. 2106.12.300195 è stata stipulata tra ANDI Progetti srl (contraente) e Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. nella forma di Polizza collettiva a favore dei Soci ANDI (assicurati) che intendono aderire alla convenzione stessa. Il contratto cesserà alle ore 24 del 31 dicembre 2024. La singola adesione al contratto decorre dalle ore 24 della data di pagamento dell'importo dovuto (o da quella successiva prevista dalla Domanda di Adesione) e cessa alle ore 24 del 31 dicembre di ogni anno. **La singola adesione prevede il tacito rinnovo annuale salvo disdetta da inviare ad Oris Broker con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.**

Il contratto di assicurazione stipulato a favore degli associati ANDI prevede una copertura, prestata dalla **Società Cattolica di Assicurazione**, dell'attività professionale e dei rischi complementari, come la conduzione dello studio e le attività paraprofessionali indipendenti quali l'effettuazione di perizie e docenze.

Sono compresi i danni derivanti da comportamenti anche dolosi posti in essere da persone delle quali l'assicurato debba rispondere, **con l'esclusione dei danni cagionati da collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali, anche se dipendenti, non assicurati con la presente Polizza. Per avere una copertura più completa è opportuno estendere l'assicurazione anche alla responsabilità derivante all'assicurato per fatto imputabile a collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali non sono assicurati con la presente Polizza, pagando il relativo premio aggiuntivo.**

E' garantita anche la responsabilità verso i prestatori d'opera e per le rivalse degli Assicuratori, sia privati che pubblici.

Il contratto di assicurazione comprende inoltre la garanzia del rimborso al cliente danneggiato del compenso relativo alle prestazioni professionali che abbiano dato luogo al sinistro indennizzabile. **Tale garanzia è prestata previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 2.000,00 per ciascun sinistro e con un limite di indennizzo per anno, per ciascun assicurato, pari a Euro 20.000,00.**

**Le attività assicurabili sono di tre tipi:** senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C, attività con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate; attività odontoiatrica con implantologia in genere.

**I massimali**, per anno e per sinistro, sono a scelta di 2.000.000,00 di Euro, di 3.000.000,00 di Euro oppure di 5.000.000,00 di Euro.

Il costo di adesione quindi varia in funzione del massimale prescelto e dell'attività svolta, come da tabelle riportate nelle pagine seguenti.

Relativamente alla responsabilità verso terzi è previsto uno **scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro ed il massimo di 2.500,00 Euro nel caso di interventi riguardanti i gradi di rischio B e C.** Lo scoperto è diminuito al 5% se l'intervento sia stato preceduto da indagini effettuate tramite radiografia tridimensionale.

**Lo scoperto è invece elevato al 20% con limite minimo di 2.500,00 Euro e senza limite massimo** qualora si verificassero danni neurologici per i quali non fossero stati effettuati preventivamente adeguati esami radiologici volti a individuare la localizzazione e il decorso delle strutture nervose nell'area interessata dall'intervento, a seconda della condizione clinica e della zona anatomica interessata.

Le **esclusioni** sono limitate e per la loro presa di conoscenza si rinvia comunque all'art. 22 delle condizioni di assicurazione.

L'efficacia temporale del contratto è disciplinata dal regime **Claims Made** e più precisamente sono assicurate le richieste di risarcimento o le denunce di sinistro avvenute durante la copertura, anche se relative a fatti anteriori alla sua decorrenza, purché l'assicurato non ne avesse già avuto notizia. **Il contratto prevede una retroattività illimitata.**

E' prevista la possibilità di attivare la copertura **postuma**, previo pagamento di un costo aggiuntivo, per assicurare le richieste di risarcimento pervenute dopo la cessazione della garanzia avvenuta per decesso dell'Assicurato o per cessazione dell'attività professionale, oppure a seguito di iniziativa della Compagnia.

La Polizza prevede anche la possibilità di estendere la copertura alle prestazioni sui **tessuti periorali**, ma in questo caso dovrà essere compilato uno specifico modulo.

**In ogni caso prima dell'adesione leggete attentamente le condizioni contrattuali. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti ad Oris Broker.**

TABELLA RIEPILOGATIVA DEI GRADI DI RISCHIO E DEI RELATIVI COSTI

ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 2.000.000,00	MASSIMALE Euro 3.000.000,00	MASSIMALE Euro 5.000.000,00
L'attività odontoiatrica ad esclusione degli interventi di implantologia e delle attività equiparate ai gradi di rischio B e/o C	A	882,00	995,00	1.173,00
L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia con osteointegrazione e/o le attività equiparate Si considerano attività equiparate le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>La protesizzazione su impianti</li> <li>Il rialzo del seno mascellare in genere</li> <li>Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. <i>split crest</i>),</li> <li>L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili</li> <li>Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale</li> </ul>	B	1.153,00	1.285,00	1.470,00
L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia in genere e/o le attività equiparate Si considerano attività equiparate le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>La protesizzazione su impianti</li> <li>L'inserimento di impianti zigomatici (la copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica)</li> <li>L'implantologia con carico immediato (si considera carico immediato quando la protesizzazione si svolge entro e non oltre i due mesi successivi alla posizionamento del o degli impianti I mini impianti con diametro inferiore a tre millimetri non rientrano nella categoria implantare e possono essere inseriti anche in grado A o B</li> </ul>	C	1.443,00	1.632,00	1.809,00

ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI PERIORALI	Euro 100,00
--	-------------

**ESTENSIONI DI GARANZIA PER I DANNI PROVOCATI DA MEDICI, ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI NON ASSICURATI CON LA POLIZZA ANDI**

**STUDI SINGOLI**

Fino ad un numero massimo di 3 collaboratori:	Euro 200,00
Oltre 3 e fino a 10 collaboratori:	Euro 400,00

**STUDI ASSOCIATI**

Fino ad un numero massimo di 3 collaboratori:	Euro 100,00 per associato allo Studio
Oltre 3 e fino a 10 collaboratori:	Euro 200,00 per associato allo Studio

**SCONTO PER NUOVI ASSICURATI**

I soggetti che aderiscono per la prima volta all'assicurazione tramite la Convenzione ANDI e non siano stati assicurati con la Compagnia negli ultimi 5 anni, hanno diritto ad un "BONUS DI INGRESSO" che prevede uno sconto di 200 Euro sul costo di adesione.

**SCONTO PER COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI (SECONDO RISCHIO)**

Massimale della Polizza in corso con altra Compagnia	Sconto in percentuale
MINIMO € 1.000.000,00 PER DANNI ALLA PERSONA	50%

Rammentiamo che anche le polizze di secondo rischio vanno comunicate agli altri assicuratori con raccomandata A.R., come una qualsiasi nuova copertura per RC Professionale. Lo sconto non è concedibile qualora il grado di rischio della Polizza preesistente sia inferiore, come nel caso in cui si richieda la copertura dell'implantologia e questa non sia prevista nel contratto coesistente di primo rischio.

**SCONTO PER STUDIO ASSOCIATO**

L'appartenenza a uno **Studio odontoiatrico Associato** dà diritto ad uno sconto del 10% se tutti gli odontoiatri Associati aderiscono alla presente Polizza. Se vi è adesione alla Polizza da parte di almeno un associato allo Studio iscritto ANDI sono assicurabili con una maggiorazione del 70% del costo e senza alcuna possibilità di sconto anche gli altri odontoiatri associati allo Studio non soci ANDI a condizione che nell'ultimo quinquennio non abbiano ricevuto richieste di risarcimento per danni clinici.

**COSTO ANNUO E DURATA DEGLI SCONTI PER I NEOLAUREATI**

I neolaureati, che svolgono attività professionale **esclusivamente sul territorio Italiano e solo in qualità di collaboratori presso strutture o studi odontoiatrici di terzi e inoltre senza titolarità di quote in Società che svolgono attività odontoiatrica**, hanno diritto all'applicazione dei costi di cui alla tabella che segue. **Lo sconto non è cumulabile con quello di secondo rischio e potrà venire applicato per un massimo di cinque anni dalla data di iscrizione all'Albo, fino allo scadere dell'anno in cui il Socio ha compiuto il 32° anno di età. Inoltre i neolaureati hanno la possibilità di pagare il premio assicurativo in due rate.**

Nella domanda (punto 9) non è prevista la scelta del massimale in quanto unico

		Premio annuo per il periodo di 5 ANNI
ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
L'attività odontoiatrica ad esclusione degli interventi di implantologia e delle attività equiparate ai gradi di rischio B e/o C	A	400,00

		Premio annuo per i PRIMI DUE ANNI anni dalla data di iscrizione all'Ordine	Premio annuo per il periodo di TRE ANNI successivo al biennio
ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 1.500.000,00	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia con osteointegrazione e/o le attività equiparate  Si considerano attività equiparate le seguenti:	B	469,00	561,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La protesizzazione su impianti</li> <li>• Il rialzo del seno mascellare in genere</li> <li>• Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. <i>split crest</i>)</li> <li>• L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistruzione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili</li> <li>• Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale</li> </ul>			

Per maggiori informazioni e per avere copia della Polizza potrete collegarvi al sito [www.orisbroker.it](http://www.orisbroker.it). In alternativa potrete contattare Oris Broker o inviare una mail a [orisbroker@orisbroker.it](mailto:orisbroker@orisbroker.it).

**POLIZZA COLLETTIVA INFORTUNI E MALATTIA N. 2106.31.301011 E N. 2106.30.300068**

La Polizza Infortuni e Malattia n. 2106.31.301011 e n. 2106.30.300068 è stata stipulata tra ANDI Progetti srl (contraente) e Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. nella forma di Polizza collettiva a favore dei Soci ANDI (assicurati) che intendono aderire alla convenzione stessa. Il contratto cesserà alle ore 24 del 31 dicembre 2024. La singola adesione al contratto decorre dalle ore 24 della data di pagamento dell'importo dovuto (o da quella successiva prevista dalla Domanda di Adesione) e cessa alle ore 24 del 31 dicembre di ogni anno. **La singola adesione prevede il tacito rinnovo annuale salvo disdetta da inviare ad Oris Broker con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.**

Il contratto di assicurazione stipulato a favore degli associati ANDI prevede una copertura, prestata dalla **Società Cattolica di Assicurazione**, del rischio di inabilità temporanea totale al lavoro causata da un infortunio o da una malattia con durata superiore a 30 giorni. L'assicurazione viene prestata per gli infortuni avvenuti e per le malattie insorte durante lo svolgimento dell'attività professionale e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Cattolica corrisponde l'indennità giornaliera a titolo di inabilità temporanea totale durante l'assenza dal lavoro a decorrere dal 6° giorno, fino a quello di ripresa dell'attività professionale, con un massimo di 30 giorni per evento (compresa la franchigia assoluta di 5 giorni) e di 90 giorni per anno assicurativo (franchigie comprese). L'indennizzo quindi viene riconosciuto per un massimo di 25 giorni per evento.

L'indennità giornaliera è pari a 150,00 Euro per inabilità temporanea sia da infortunio che da malattia.

Le esclusioni di copertura sono elencate nell'art. 19 che si invita a visionare. Non sono assicurabili le persone affette da intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoide e immunodeficienza acquisita (HIV).

**L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.**

**Il costo per aderire alla Polizza collettiva Infortuni n. 2106.31.301011 e Malattia n. 2106.30.300068 è di euro 120,00 annui.**

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre dei contratti coerenti alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alle Polizze Collettive.**

**Aderente**                      Cognome nome: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
Sesso: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_  
Provincia di residenza: \_\_\_\_\_

**1) Esigenze assicurative Quali sono le Sue esigenze assicurative?**

- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali e protezione della persona per il rischio infortuni e malattia per l'inabilità temporanea totale
- esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali e protezione della persona per il rischio infortuni e malattia per l'inabilità temporanea totale

**2) Attuali coperture                      Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali o altre polizze per la protezione della persona per il rischio infortuni e malattia per l'inabilità temporanea totale?**

- no
- sì

**3) Tipo di attività svolta                      L'attività odontoiatrica da Lei esercitata è svolta:**

- senza interventi di implantologia o attività parificate ad essa
- con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate  
Si considerano attività equiparate le seguenti: La protesizzazione su impianti; Il rialzo del seno mascellare in genere; Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. split crest), L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili; Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale
- con interventi di implantologia in genere  
Si considerano attività equiparate le seguenti: La protesizzazione su impianti; L'inserimento di impianti zigomatici (la copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica); L' implantologia con carico immediato (si considera carico immediato quando la protesizzazione si svolge entro e non oltre i due mesi successivi alla posizionamento del o degli impianti; I mini impianti con diametro inferiore a tre millimetri non rientrano nella categoria implantare e possono essere inseriti anche in grado A o B

**3A) In relazione all'attività odontoiatrica, svolge anche trattamenti estetici?**

- sì
- no

**3B) Si avvale della collaborazione di altri medici, odontoiatri o igienisti dentali?**

- no
  - sì
- se sì, i collaboratori sono tutti assicurati con una Polizza RC Professionale ANDI?
- sì     no

**3C) Riveste la carica di Direttore Sanitario?**

- no
- sì

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

**Luogo e data**

**L'aderente**

## DOMANDA DI ADESIONE

La domanda di adesione deve pervenire almeno **5 giorni lavorativi - e almeno il triplo in caso di sinistralità progressa o di riadesione- prima della data di decorrenza richiesta** e riportata sulla domanda di adesione e deve risultare chiaramente la firma dell'aderente/assicurato.

Se viene compilata manualmente, si prega di utilizzare lo stampatello.

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nella compilazione del modulo di adesione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.**

**1 ADERENTE/ASSICURATO (si evidenzia che la copertura è riservata agli associati ANDI salvo quanto previsto dall'articolo 28)**

cognome e nome
luogo e data di nascita
codice fiscale (obbligatorio) e partita IVA
Inserire i dati bancari. Questi potranno eventualmente essere utilizzati da Oris Broker per la restituzione totale o parziale del costo di adesione.
IBAN: .....intestazione c/c:.....
nominativo istituto di Credito:.....

**2 DOMICILIO**

**ATTENZIONE - in caso di variazione inoltrare una comunicazione scritta ad Oris Broker**

via o piazza		
CAP	Città	
tel.	Fax	Cellulare
Indirizzo e-mail		Titolare di studio <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Collaboratore presso altri studi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
iscritto alla sezione provinciale ANDI di ..... codice ANDI N. ....		

**3 ATTIVITÀ ODONTOIATRICA ESERCITATA (vedi art. 12)**

senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C	grado di rischio A
con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate	grado di rischio B
con interventi di implantologia in genere	grado di rischio C

**4 MASSIMALE PRESCELTO**

<input type="checkbox"/>	Euro 2.000.000
<input type="checkbox"/>	Euro 3.000.000
<input type="checkbox"/>	Euro 5.000.000

**5 DECORRENZA ADESIONE** ore 24.00 del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (giorno/mese/anno)

**6 BONUS DI INGRESSO PER NUOVI ASSICURATI SOCI ANDI**

- NON** ho avuto in essere nell'ultimo quinquennio una Polizza RC Professionale Odontoiatrica con Società Cattolica di Assicurazioni pertanto **posso beneficiare dello sconto di € 200,00** (detto sconto non è cumulabile con altri sconti previsti dalla presente Polizza)

**sin da subito** (per adesioni fino al 30/06)

**il prossimo anno** (per adesioni successive alla data del 30/06)

**HO** avuto in essere nell'ultimo quinquennio una Polizza RC Professionale Odontoiatrica con la Società Cattolica di Assicurazioni, pertanto non posso beneficiare dello sconto di € 200,00

**7 PRECEDENTI ASSICURAZIONI**

NO  SI Compagnie precedenti (da indicare in successione temporale)

**8 COESISTENZA DI ALTRE GARANZIE ASSICURATIVE**

SI richiesta di sconto  
valida se vengono fornite tutte le seguenti informazioni e viene trasmessa copia integrale della Polizza coesistente

Compagnia coesistente ..... massimale Euro .....

indicare giorno mese anno della scadenza \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

oppure, se si desidera mantenere il contratto precedente barrare il quadratino a fianco  a tempo indeterminato

**9 STUDIO ASSOCIATO (solo se si richiede lo sconto, vedasi artt. 12 e 28 di Polizza)**

SI - richiesta di sconto del 10%

tutti gli Associati dello studio sono assicurati con la Polizza RC Professionale n. 2106.12.300195

trasmetto insieme al presente modulo di adesione l'Atto Costitutivo dello Studio Associato

**NOMINATIVI DEGLI ALTRI COLLEGHI ASSOCIATI ALLO STUDIO E GIA' COPERTI CON LE GARANZIE DELLA POLIZZA**

Dott.: ..... Dott.: .....

Dott.: ..... Dott.: .....

**10 NEOLAUREATI (solo se si richiede lo sconto)**

Richiesta di sconto  SI data di iscrizione all'Albo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Richiesta rateizzazione per effettuare il pagamento **dell'importo dovuto in due rate uguali**  NO  SI

In caso di richiesta di sconto per neolaureati compilare e trasmettere anche il modulo specifico

**12 NUMERO TOTALE DEI DIPENDENTI:** \_\_\_\_\_

**13 SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE DI ALTRI MEDICI, ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI**  NO  SI  
N. \_\_\_\_\_

**Elencare di seguito nominativi, competenze cliniche di ciascuno di essi, se sono assicurati e con quale Compagnia**

1. Nome \_\_\_\_\_

competenze cliniche \_\_\_\_\_

assicurato/a  NO  SI indicare la Compagnia di assicurazione \_\_\_\_\_

2. Nome \_\_\_\_\_

competenze cliniche \_\_\_\_\_

assicurato/a  NO  SI indicare la Compagnia di assicurazione \_\_\_\_\_

3. Nome \_\_\_\_\_

competenze cliniche \_\_\_\_\_

assicurato/a  NO  SI indicare la Compagnia di assicurazione \_\_\_\_\_

4. Nome \_\_\_\_\_

competenze cliniche \_\_\_\_\_

assicurato/a  NO  SI indicare la Compagnia di assicurazione \_\_\_\_\_

proseguire eventualmente su Vostra carta intestata ed allegare il documento al presente modello



SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE O COLLABORA CON PROFESSIONISTI DIVERSI DA MEDICI, ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI?  SI  NO

SE SI SPECIFICARE LA SPECIALIZZAZIONE

.....

**14 ESTENSIONI DI GARANZIA PER I DANNI PROVOCATI DA MEDICI, ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI NON ASSICURATI CON LA POLIZZA ANDI**

Voglio attivare la garanzia aggiuntiva per la responsabilità a me derivante per fatto imputabile a collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali non assicurati ANDI

- SI  
 NO, pur essendo consapevole che non sono assicurato nel caso di danni derivanti da comportamenti posti in essere dai miei collaboratori medici, odontoiatri e igienisti dentali non assicurati con le Polizze in Convenzione ANDI

**15 UBICAZIONE STUDIO PRINCIPALE**

via o piazza

CAP	Città
-----	-------

tel.	Fax	Cellulare
------	-----	-----------

**Tipologia giuridica dello studio**

- Studio individuale   
 Studio Associato   
 Struttura complessa monospecialistica odontoiatrica   
 Società monospecialistica odontoiatrica   
 Altro  tipologia giuridica .....

**16 ALTRI STUDI**

solo località e provincia

**17 INDICARE DANNI PROFESSIONALI A TERZI NEGLI ULTIMI 5 ANNI  SI  NO**

SE SI SPECIFIARE:  CLINICI  ALTRI

E ANTERIORMENTE AGLI ULTIMI 5 ANNI  SI  NO

IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE ALLEGARE UNA RELAZIONE INDICANTE CAUSE, CARATTERISTICHE ED ENTITA' DEI SINISTRI.

Ricevuto il questionario per la valutazione della coerenza del contratto e la presente domanda di adesione, Oris Broker valuterà se accettare o meno la Vostra richiesta. In caso affermativo, Oris Broker provvederà all'invio della comunicazione con l'importo da versare per attivare la copertura assicurativa. Sarete liberi di pagare o meno il costo di adesione. Nel caso in cui doveste corrispondere il costo di adesione sarà attivata la copertura assicurativa.

Prendo atto che:

1. l'operatività della copertura assicurativa è subordinata alla qualifica di socio Andi ed all'effettivo pagamento del costo di adesione.
2. l'operatività della garanzia decorre dalle ore 24 della data di detto pagamento o da quella successiva prevista dalla domanda di adesione, e che cessa alle ore 24 del 31.12 di ciascun anno, salvo tacito rinnovo in assenza di disdetta da inviarsi tramite raccomandata A/R o PEC all'indirizzo di posta [orisbroker@pec.andi.it](mailto:orisbroker@pec.andi.it) 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale per la copertura RC Professionale Odontoiatra e 60 giorni per quella Infortuni e Malattia.
3. I pagamenti devono essere effettuati esclusivamente a mezzo bonifico a favore del sotto indicato destinatario, indicando sempre i dati dell'aderente/assicurato. I riferimenti del bonifico dovranno essere inoltre completati con il numero di posizione che Vi verrà precisato da Oris Broker.

**Oris Broker srl con Unico Socio  
Farbanca - Sede di Bologna**

**Causale: Cognome e Nome ... n. posizione assicurativa ... R.C. Odontoiatra  
IBAN IT43X0311002400001570013000**



Si considera come giorno di pagamento quello in cui viene dato ordine di bonifico o, se posteriore, quello della valuta.

- Il ritardato od omesso pagamento comporterà la mancata attivazione della garanzia assicurativa.
- I pagamenti non eccedenti i 5,00 Euro rispetto l'importo dovuto **non verranno rimborsati** per evidenti ragioni di antieconomicità legate ai costi di bonifico e verranno devolute globalmente in una o più soluzioni annue alla Fondazione Andi Onlus. Per contro, le eccedenze superiori ai 5,00 Euro verranno rimborsate ma al netto delle spese di bonifico.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

\_\_\_\_\_   
L'aderente

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per l'adesione al contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.**

**Conformemente alla normativa vigente in materia di vendita a distanza di prodotti assicurativi l'Assicurato ha il diritto di recedere dai contratti senza penali e senza dover indicare il motivo entro 14 giorni dalla data di conclusione dei contratti o dalla data di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva, mediante invio di una raccomandata A/R ad Oris Broker, Via Ripamonti 44, 20141 Milano o di una PEC all'indirizzo [orisbroker@pec.andi.it](mailto:orisbroker@pec.andi.it).**

Previo pagamento del costo di adesione dichiarato di voler aderire alle Polizze Collettive RC Professionale Odontoiatra n. 2106.12.300195, Infortuni n. 2106.31.301011 e Malattia n. 2106.30.300068 stipulate tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. e di accettarne integralmente il contenuto.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

(1) \_\_\_\_\_   
L'aderente/assicurato

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., relativamente alla Polizza RC Professionale Odontoiatra, dichiaro di accettare specificatamente gli artt. 3 (Coesistenza di altre assicurazioni) - 6 (Procedura di risanamento tecnico - Recesso in caso di sinistro) - 16 (Foro competente) - 22 (Esclusioni) - 25 (Denuncia ed altre comunicazioni di responsabilità) - 26 (Gestione del sinistro - Arbitrato irrituale) - 27 (Nomina di legali e periti - Malleva) del contratto assicurativo in forma collettiva stipulato tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. **Dichiara altresì di accettare la normativa di cui all'art. 23 del predetto contratto che regola l'inizio ed il termine della garanzia in deroga al 1° comma dell'art. 1917 c.c. (Inizio e termine della garanzia - Condizioni assicurative di riferimento - Garanzia pregressa - Garanzia postuma).**

\_\_\_\_\_   
luogo e data

(2) \_\_\_\_\_   
L'aderente/assicurato

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di accettare specificatamente gli artt. 3 (Durata e effetto) - 7 (Regolazione del premio) - 10 (Recesso in caso di sinistro) - 23 (Persone assicurabili) - 28 (Controversie sulla determinazione dell'indennizzo) del contratto assicurativo in forma collettiva n. 2106.31.300742 stipulato tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

(3) \_\_\_\_\_   
L'aderente/assicurato

Dichiaro di aver ricevuto e comunque di essere in possesso e di aver letto le condizioni di assicurazione Polizza n. 2106.12.300195 ED. 12626/2021, nonché il DIP Danni e DIP Aggiuntivo e le condizioni di assicurazione Polizze n. 2106.31.301011 e n. 2106.30.300068 MOD. POL. INF/MAL - ED. 12/2021, nonché il DIP Danni e il DIP Aggiuntivo Danni.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

(4) \_\_\_\_\_   
L'aderente/assicurato

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sulla distribuzione del prodotto assicurativo NON-IBIP e l'elenco delle regole di comportamento del distributore, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati mediante le comunicazioni Mod. OD-Allegato 4 Ed. 31/12/2021 e Mod. OD-Allegato 4TER Ed. 31/12/2021 corrispondenti agli allegati 4 e 4TER di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

(5) \_\_\_\_\_   
L'aderente/assicurato

Indico di seguito le modalità con le quali intendo ricevere la documentazione relativa a questo contratto di assicurazione, con la consapevolezza che successivamente, in qualunque momento, è possibile modificare la modalità di spedizione o revocarne la scelta inviando una comunicazione ad [orisbroker@orisbroker.it](mailto:orisbroker@orisbroker.it) e che inoltre, su richiesta e senza oneri, ho in ogni caso diritto di ricevere dall'impresa in qualunque momento la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente su supporto cartaceo, nonché di modificare la tecnica di comunicazione a distanza utilizzata, a meno che tale circostanza non sia incompatibile con il contratto concluso.

**Modalità di ricevimento dei Documenti**

Formato cartaceo (Poste)

Formato digitale (PDF via mail) mail: .....

Formato Fax fax: .....

Altro .....

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

La Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati <sup>1</sup>, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

**DATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi <sup>2</sup>, se necessario le immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi <sup>3</sup>, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali,

**1. per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc..

**2. per finalità di marketing diretto nella modalità del "soft spam"** <sup>4</sup> effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione <sup>5</sup> esercitabile dall'interessato.

**Previo consenso facoltativo e specifico dell'interessato:**

**3. per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto <sup>6</sup>, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente.

**4. per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte coerenti con le sue necessità e caratteristiche.

**5. per l'invio per finalità di marketing, effettuato dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (editoria, *automotive* servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia).

**6. per finalità di marketing di altre Società del Gruppo, nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate al punto 5) ai quali il Titolare potrà comunicare i dati.** Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di *marketing* (effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale), per le quali riceverà dagli stessi, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

1. se gli interessati risultano essere persone diverse, anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;
2. quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, *e-mail*, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;
3. quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;
4. invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;
5. cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";
6. di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web

7. **per finalità di marketing del Suo intermediario di riferimento, al quale il Titolare potrà comunicare i dati.**  
L'intermediario tratterà i dati per proprie finalità di *marketing* (effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale), per le quali riceverà dallo stesso, quale Titolare autonomo di trattamento una separata informativa.

#### **MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE**

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

1. per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
2. per finalità di *marketing*, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso;
3. per finalità di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dal momento della raccolta del dato.

#### **COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurandi/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari; medici fiduciari, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, CONSOB, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc..

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### **TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE**

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

#### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail [dpo@cattolicaassicurazioni.it](mailto:dpo@cattolicaassicurazioni.it), espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it/>).

#### **NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento", "soft spam" fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia.

Per i dati conferiti per le finalità di cui ai punti 3, 4, 5, 6, 7 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" la prestazione del consenso è facoltativa, ma in difetto il Titolare, le altre società del Gruppo Cattolica ed i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate non potranno dar corso alle operazioni di trattamento ivi descritte.

Si precisa che:

- o per i trattamenti facoltativi di cui ai punti 3, 4, 5, 6, 7 è possibile esercitare, in ogni momento il diritto di revoca del consenso, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia. Il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività sopradescritte, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- o fermo quanto indicato nel paragrafo "Modalità di Trattamento e tempi di conservazione" detti consensi facoltativi vengono meno solo a seguito di revoca del consenso dell'interessato.

**Il Titolare r.l.p.t.**

#### **Prestazione del consenso del contraente/assicurato**

Preso visione dell'informativa sopra riportata, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati eventualmente comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento:

- ❖ al trattamento dei dati particolari (ad esempio stato di salute) **per le finalità relative all'attività assicurativa** (quali indicate al punto 1 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), da parte del Titolare e degli altri soggetti sopraindicati sempre per le medesime finalità;

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare** (quali indicate al punto 3 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio;

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4 del paragrafo Dati e finalità del trattamento), sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata, in particolare definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte commisurate alle sue necessità e caratteristiche;

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

- ❖ al trattamento dei dati personali **per l'invio per finalità di marketing** (quali indicate al punto 5 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) **effettuato dal Titolare**, con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (editoria, *automotive* servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia);

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing di altre Società del Gruppo nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (quali indicate al punto 6 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) **ai quali il Titolare comunicherà i dati**. Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto;

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

- ❖ al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing del Suo intermediario di riferimento al quale il Titolare comunicherà i dati** (quali indicate al punto 7 del paragrafo Dati e finalità del trattamento). L'intermediario tratterà i dati per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto;

**CONSENTO**

**NON CONSENTO**

**Dichiaro di oppormi al trattamento per finalità di marketing diretto nelle modalità del "soft spam" (quali indicate al punto 2 del paragrafo Dati e finalità del trattamento) effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare.**

**Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

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

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - ADESIONE POLIZZA -  
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679**

**Premessa**

ORIS BROKER S.R.L. è una società di brokeraggio assicurativo.

L'informativa descrive le caratteristiche dei trattamenti svolti da ORIS BROKER S.R.L. sui Suoi dati personali e Le indica i diritti che la normativa Le garantisce.

L'informativa viene periodicamente aggiornata per adattarla alla normativa vigente o alle nuove modalità di trattamento dei dati personali.

**Dati personali**

▪ **Quali dati personali raccogliamo?**

ORIS BROKER S.R.L. raccoglie i seguenti dati:

- dati identificativi e di contatto (ad esempio nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo e-mail);
- dati fiscali;
- dati relativi alla formazione professionale e all'attività professionale svolta, funzionali alla Polizza assicurativa;
- dati finanziari;
- dati bancari;
- dati particolari (relativamente alla gestione dei sinistri).

▪ **Per quali finalità utilizziamo i Suoi dati personali e perché il trattamento è legittimo?**

Trattiamo i dati personali per le seguenti finalità (la base giuridica che legittima il trattamento è indicata tra parentesi per ciascuna finalità):

- Raccogliere l'adesione dell'interessato alla Polizza di suo interesse (Base giuridica del trattamento: contrattuale e precontrattuale);
- Gestire dal punto di vista amministrativo, fiscale e contabile il rapporto con l'assicurato (Base giuridica del trattamento: contrattuale e precontrattuale);
- Gestire le richieste d'indennizzo, e, quindi, raccogliere informazioni sul sinistro, spiegare i dettagli della copertura assicurativa, assistere l'assicurato durante il processo di risarcimento, monitorare tale processo per garantire un pagamento equo (Base giuridica del trattamento: contrattuale e precontrattuale. Base giuridica del trattamento dei dati particolari : consenso dell'interessato);
- Comunicare i dati identificativi dell'interessato alla Fondazione ANDI Salute (FAS), con la quale Oris Broker ha stipulato una Convenzione, al fine di offrire all'iscritto, gratuitamente, la copertura collettiva di secondo livello LTC. (Base giuridica del trattamento : adempimento di un'obbligazione contrattuale tra Oris Broker e l'interessato-iscritto, al quale il Titolare offre un servizio gratuito);
- inviare newsletter o comunicare a mezzo posta, email o telefono nuove polizze assicurative cui l'interessato potrebbe voler aderire (Base giuridica del trattamento: Consenso);
- somministrare questionari ed effettuare indagini di opinione per conoscere le necessità assicurative degli aderenti (Base giuridica del trattamento: Consenso);

▪ **Con quali modalità ORIS BROKER S.R.L. tratta i Suoi dati personali e per quanto tempo li conserva?**

I Suoi dati personali sono trattati sia in modalità cartacea che elettronica (servers, database in cloud, software applicativi etc.).

ORIS BROKER S.R.L. conserva i Suoi dati personali solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e fino alla scadenza del termine di prescrizione ex art. 2946 c.c.

Trascorso il termine, i dati conservati su supporto cartaceo sono materialmente distrutti, i dati contenuti su supporto digitale sono eliminati con procedura informatica, a meno che non esistano obblighi di legge specifici che ne impongano la conservazione ulteriore.

▪ **A chi comunichiamo i Suoi dati personali?**

**All'interno di ORIS BROKER S.R.L.**

Possono accedere ai Suoi dati personali i dipendenti e collaboratori che ne abbiano necessità per svolgere le attività statutarie proprie della società. In particolare:

- il personale assegnato ai servizi amministrativi, per la gestione della Sua Polizza;
- il personale nominato Responsabile o incaricato del trattamento, nei limiti delle funzioni assegnate.

I dipendenti e collaboratori di ORIS BROKER S.R.L. sono informati sulla importanza della tutela della riservatezza dei dati personali, sulla necessità di mantenere il massimo riserbo nel trattamento dei dati personali, sugli obblighi di utilizzo delle misure di sicurezza fisiche e informatiche disponibili, sulle responsabilità in tema di protezione dei dati personali.

**All'esterno di ORIS BROKER S.R.L.**

Alcuni Suoi dati personali potranno essere comunicati a soggetti esterni per la realizzazione delle attività della società o per l'erogazione di un servizio previsto dallo Statuto di ORIS BROKER S.R.L., come ad esempio:

- compagnia assicurativa (Società Cattolica di Assicurazione S.p.A);
- soggetti che cooperano con ORIS BROKER S.R.L. in forza di accordi e convenzioni per l'erogazione di servizi e/o agevolazioni a favore degli iscritti (es. FAS, per la copertura LTC).

Fornitori e consulenti esterni sono vincolati, tramite apposite clausole contrattuali, al rispetto delle specifiche istruzioni impartite da ORIS BROKER S.R.L. nonché della normativa vigente in materia di tutela della riservatezza dei dati personali. Inoltre, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad Autorità, Enti ed Istituzioni qualora tale comunicazione avvenga in esecuzione di un obbligo normativo.

▪ **Quali sono i Suoi diritti come interessato al trattamento e come può esercitarli?**

Il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679) Le garantisce, come interessato al trattamento, specifici diritti, in particolare: il diritto di accesso ai Suoi dati personali (art. 15), il diritto di rettifica (art. 16), il diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17), il diritto di limitazione di trattamento (art. 18), il diritto alla portabilità dei dati (art. 20), il diritto di opposizione (art. 21), il diritto di opporsi a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato (art. 22), il diritto di revocare il consenso prestato, il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.

Qualora volesse esercitare i Suoi diritti, per favore invii una email o scriva ai recapiti che trova nella sezione "Come può contattarci?", ORIS BROKER S.R.L. le risponderà entro un mese. Se non fosse possibile dare seguito la Sua richiesta, Le forniremo una spiegazione dettagliata sulle ragioni di fatto e di diritto che determinano tale impossibilità.

▪ **Come può contattarci?**

La presente informativa ha lo scopo di informarLa su quali siano i Suoi dati personali raccolti da ORIS BROKER S.R.L. e come siano trattati. Se avesse bisogno di qualsiasi tipo di chiarimento, o qualora volesse esercitare i diritti sopra esposti, può contattarci ai seguenti indirizzi: Oris Broker con sede legale a Roma, Lungotevere Raffaello Sanzio, 9 – 00153 e sede operativa a Milano, Via Giuseppe Ripamonti 44 – 20141 e-mail [orisbroker@orisbroker.it](mailto:orisbroker@orisbroker.it)

Il Titolare ha designato, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, il Responsabile per la Protezione dei Dati, che può essere contattato all'indirizzo [serviziopdo@andinazionale.it](mailto:serviziopdo@andinazionale.it). per eventuali dubbi o chiarimenti in merito al trattamento.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo ORIS BROKER S.R.L. a:

1. trattare i dati personali particolari necessari per lo svolgimento del rapporto con Oris Broker, per l'adesione dell'interessato alla Polizza e per la gestione e istruzione della pratica (obbligatorio)

SI  NO

2. inviare newsletter o comunicare a mezzo posta, email o telefono nuove polizze assicurative cui l'interessato potrebbe voler aderire (facoltativo)

SI  NO

3. somministrare questionari ed effettuare indagini di opinione per conoscere le necessità assicurative degli aderenti (facoltativo)

SI  NO

Luogo e data: .....

Polizze n. **2106.12.300195 - 2106.31.301011 – 2106.30.300068**

<b>L'ADERENTE</b>	Nome e cognome (leggibile)	Firma
.....	.....	.....



**INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP**

**AVVERTENZA**

Ai sensi della vigente normativa, il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto di assicurazione, il presente documento che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite

**DATI DELL'INTERMEDIARIO**

Onofrio Andrea Fabiano

**N° DI ISCRIZIONE AL RUI** B000497298

**OPERA PER CONTO DI Oris Broker Srl con Unico Socio – Sede Legale Lungotevere Raffaello Sanzio 9 – 00153  
Roma – Sede Operativa Via Giuseppe Ripamonti 44 – 20141 Milano – Iscrizione al RUI B000245478 – Tel. 02/30461010  
– Fax 02/30461002 – e.mail [orisbroker@orisbroker.it](mailto:orisbroker@orisbroker.it) – PEC [orisbroker@pec.andi.it](mailto:orisbroker@pec.andi.it)**

**SEZIONE I**

**Informazioni sul modello di distribuzione**

L'attività di Oris Broker Srl con Unico Socio viene svolta su incarico del cliente.

**SEZIONE II**

**Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza**

Con riguardo al contratto proposto Oris Broker Srl con Unico Socio dichiara che:

propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.

Oris Broker ha come unico socio Andi Progetti Srl, che a sua volta è posseduta al 100% da ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ed è la Contraente delle Polizze RC Professionale Odontoiatra n. 2106.12.300195, Infortuni n. 2106.31.301011 e Malattia n. 2106.30.300068 stipulate in convenzione con Cattolica Assicurazioni.

**SEZIONE III**

**Informazioni relative alle remunerazioni**

Il compenso relativo all'attività svolta da Oris Broker Srl con Unico Socio per la distribuzione del presente contratto è rappresentato da:

commissione inclusa nel premio assicurativo.

**SEZIONE IV**

**Informazioni relative al pagamento dei premi**

a. Con riferimento al pagamento dei premi Oris Broker Srl con Unico Socio dichiara che:

I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti alle Imprese di assicurazione, se regolati per il tramite del broker costituiscono **patrimonio autonomo e separato** dal patrimonio del broker stesso.

b. Il premio può essere pagato con la seguente modalità:

ordine di bonifico.

Con riferimento al contratto proposto emesso/emittendo, il rischio RC Professionale Odontoiatra, Infortuni e Malattia è collocato come segue:

➤ con l'Impresa Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

con autorizzazione ex art. 118 cap (pagamento del premio con efficacia liberatoria per il contraente).

## COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (così come modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020) in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività, il distributore:

ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e il collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione

### Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- a) prima dell'adesione alle Polizze collettive RC Professionale Odontoiatra n. 2106.12.300195, Infortuni n. 2106.31.301011 e Malattia n. 2106.30.300068 il broker

#### DATI DELL'INTERMEDIARIO

**ORIS BROKER SRL CON UNICO SOCIO**

**SEDE LEGALE LUNGOTEVERE RAFFAELLO SANZIO 9 – 00153 ROMA**

**consegna** copia del documento che contiene le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP e più precisamente: dati sul modello di distribuzione (compresa la eventuale collaborazione orizzontale), indicazioni su attività di consulenza, specifiche sulle forme di remunerazione percepite da tutti gli intermediari che intervengono nella distribuzione del contratto proposto, dichiarazione di effetto liberatorio o meno del pagamento del premio. (**Art. 4** al Regolamento Ivass n. 40/2018)

b) **consegna** copia della **documentazione precontrattuale** e **contrattuale** prevista dalle vigenti disposizioni, copia della **Polizza** e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente.

c) è tenuto a proporre o a raccomandare contratti **coerenti** con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine ogni utile informazione

d) ha l'**obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento** identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di all'art. 30 decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto.

e) è obbligato a **fornire** in forma chiara e comprensibile le **informazioni oggettive sul prodotto**, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.