

**PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA COLLETTIVA R.C.  
PROFESSIONALE ODONTOIATRICA N. 2106.32.300320**

STIPULATA TRA

<b>ANDI PROGETTI srl</b>	<b>e</b>	<b>SOCIETA' CATTOLICA</b>
LUNGOTEVERE RAFFAELLO SANZIO 9 - 00153 ROMA		LUNGADIGE CANGRANDE 16 – 37100 VERONA

La Polizza RC Professionale Odontoiatrica n. 2106.32.300320 è stata stipulata da ANDI Progetti srl (contraente) 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 2021. 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. E' possibile però attivare una garanzia aggiuntiva con la quale estendere l'assicurazione anche alla responsabilità derivante all'assicurato per fatto imputabile a collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali anche se non sono assicurati con la presente Polizza.**

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 (fatte salve alcune specifiche esclusioni indicate all'art. 32 della Polizza collettiva). **Tale garanzia è prestata previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 2.000 per ciascun sinistro e con un limite di indennizzo per anno, per ciascun assicurato, pari a Euro 20.000.**

**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 di Euro oppure di 3.000.000 di Euro. Il costo di adesione quindi varia in funzione del massimale prescelto e dall'attività, come da tabella riportata nella seguente pagina.

Relativamente alla responsabilità presso terzi è previsto uno **scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro ed il massimo di 2.500 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 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, ma comunque non oltre 10 anni, purché l'assicurato non ne avesse già avuto notizia.

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 ANNUI

ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 2.000.000,00	MASSIMALE Euro 3.000.000,00
<b>Senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C</b>	<b>A</b>	<b>882,00</b>	<b>995,00</b>
<b>Con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate.</b>  <b>E' considerata innanzitutto "implantologia osteointegrata" anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio B le seguenti attività:</b> rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. <i>split crest</i> mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. <i>split crest</i> mandibolare), innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale	<b>B</b>	<b>1.153,00</b>	<b>1.285,00</b>
<b>Con interventi di implantologia in genere.</b>  <b>E' considerata innanzitutto "implantologia in genere" anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio C le seguenti attività:</b> l'inserimento di impianti zigomatici, la cui copertura assicurativa è comunque subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica; implantologia con carico immediato, con l'avvertenza che si ha carico immediato quando la protesizzazione avviene prima dell'osteointegrazione e quindi entro i due mesi successivi alla collocazione dell'impianto. Non si considera inoltre carico immediato l'inserimento di mini impianti osteointegrabili realizzati in monoblocco di titanio chirurgico, di diametro inferiore a tre millimetri e la cui parte destinata all'ancoraggio della protesi mobile fa parte del corpo stesso dell'impianto o è sovrapponibile.	<b>C</b>	<b>1.443,00</b>	<b>1.632,00</b>

<b>ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI PERIORALI</b>	<b>Euro 100,00</b>
---	--------------------

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

**STUDI SINGOLO**

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

**STUDI ASSOCIATI**

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

**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 tre anni per le coperture con implantologia osteointegrata e di quattro per quelle senza implantologia 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 i primi due anni dalla data di iscrizione all'Ordine	Premio annuo per il periodo successivo al biennio
ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 1.500.000,00	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
<b>Senza interventi di implantologia o attività parificate ai gradi di rischio B e/o C</b>	<b>A</b>	<b>367,00</b>	<b>398,00</b>
<b>Con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate.</b> <b>E' considerata innanzitutto "implantologia osteointegrata" anche la protesizzazione su impianti. Sono altresì parificate al grado di rischio B le seguenti attività:</b> rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. <i>split crest</i> mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. <i>split crest</i> mandibolare), innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistruzione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale	<b>B</b>	<b>469,00</b>	<b>561,00</b>

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

## 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 un contratto coerente alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alla Polizza Collettiva.**

**Aderente** Cognome nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_

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 responsabilit  professionali
- esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali

**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 responsabilit  professionali?**

- no
- si

**3) Tipo di prestazione Quale tipo di prestazione preferisce percepire nel caso si verifichi l'evento assicurato?**

- con scopertura e/o franchigia
- totale

**4) Tipo di attivit  svolta L'attivit  odontoiatrica da Lei esercitata   svolta:**

- senza interventi di implantologia o attivit  parificate ad essa
- con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attivit  parificate  
*E' considerata innanzitutto "implantologia osteointegrata" anche la protesizzazione su impianti, nonch  le seguenti attivit : rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. split crest mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. split crest mandibolare), innesto di osso eterologo (e cio  prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale*
- con interventi di implantologia in genere  
*E' considerata innanzitutto "implantologia in genere" anche la protesizzazione su impianti, nonch  le seguenti attivit : inserimento di impianti zigomatici,; implantologia con carico immediato, con l'avvertenza che si ha carico immediato quando la protesizzazione avviene prima dell'osteointegrazione e quindi entro i due mesi successivi alla collocazione dell'impianto. Non si considera inoltre carico immediato l'inserimento di mini impianti osteointegrabili realizzati in monoblocco di titanio chirurgico, di diametro inferiore a tre millimetri e la cui parte destinata all'ancoraggio della protesi mobile fa parte del corpo stesso dell'impianto o   sovrapplicabile.*

**4A) In relazione all'attività odontoiatrica, svolge anche trattamenti estetici?**

- sì  
se sì, con quali metodologie?  
 filler a base di acido ialuronico    apparecchi elettromedicali    altro
- no

**4B) 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

**4C) Riveste la carica di Direttore Sanitario?**

- no
- sì

**5) Durata**

**Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?**

- fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

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 pregressa 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 e di leggere attentamente la premessa.

**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"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> Collaboratore presso altri studi <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b>
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

**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. 2106.32.300320

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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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
<b>Tipologia giuridica dello studio</b> Studio individuale <input type="checkbox"/> Studio Associato <input type="checkbox"/> Struttura complessa monospecialistica odontoiatrica <input type="checkbox"/> Società monospecialistica odontoiatrica <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> tipologia giuridica .....		

**16 ALTRI STUDI**

solo località e provincia
---------------------------

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

SE SI SPECIFICARE:     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.
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.
4. Il ritardato od omesso pagamento comporterà la mancata attivazione della garanzia assicurativa.
  5. 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 dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto 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.**

Previo pagamento del costo di adesione dichiarato di voler aderire alla Polizza Collettiva RC Professionale Odontoiatra n. 2106.32.300320 stipulata tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. 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., 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 n. 2106.32.300320 stipulato tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. **Dichiaro 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 progressa – Garanzia postuma).**

\_\_\_\_\_

luogo e data

(2) \_\_\_\_\_

L'aderente/assicurato

Dichiaro di aver ricevuto e comunque di essere in possesso e di aver letto la nota informativa MOD. POL. RC IND 5 – ED. 31/05/2018 e le condizioni di assicurazione MOD. POL. RC 2 – ED. 12709/2018 della Polizza Collettiva n. 2106.32.300320, nonché del DIP Danni e DIP aggiuntivo Danni.

\_\_\_\_\_

luogo e data

(3) \_\_\_\_\_

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. 31/03/2021 e Mod. OD-Allegato 4TER Ed. 31/03/2021 corrispondenti agli allegati 4 e 4TER di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018.

\_\_\_\_\_

luogo e data

(4) \_\_\_\_\_

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 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 DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento  
Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

Danni individuale

La Società Cattolica di Assicurazione con sede in Lungadige Cangrande n. 16 – 37126 Verona (VR), quale Titolare dei trattamenti sotto indicati, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ (1), anche agli eventuali interessati (2):

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

fornisce le seguenti informazioni.

**DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO**

I dati personali identificativi (3), immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi (4), sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari (5) e conseguenti (6) (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti (7) alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare (8); inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
  2. per finalità di legittimo interesse di marketing del Titolare, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto (9), salvo opposizione (10), così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
  3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it)), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto (11);
  4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto (12). La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo social. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di marketing del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di marketing personalizzate del Titolare.
  5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto (13), di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (14) per finalità di marketing;
- Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni;

(1) anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

(2) ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

(3) quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

(4) quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

(5) quali ad esempio la stesura di preventivi;

(6) quali ad esempio analisi tariffarie;

(7) quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

(8) quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

(9) 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, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

(10) efr Capitolo "Diritti dell'interessato";

(11) vedi nota 9;

(12) vedi nota 9;

(13) vedi nota 9;

(14) editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio – sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

## Q\_RCG

6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (15), che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto (16), ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

### MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

### COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, consulenti di settore, broker, intermediari, istituti di credito impegnati nel corretto e regolare perseguimento delle finalità descritte; periti, carrozzieri, medici fiduciari, consulenti tecnici e cliniche mediche, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, INPS e INAIL; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al

punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

### 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 Assicurazioni con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di 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, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interesse e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg. Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

### TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizione e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di marketing e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

### NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si precisa che:

- sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4(17), 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi (18), comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

IL TITOLARE R.LP.T.

(15) vedi nota 14;

(16) vedi nota 9;

(17) così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

(18) tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

Prestazione del consenso

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

- al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso:

CONSENTE  NON CONSENTE

- al trattamento dei dati personali per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto (19); il consenso è facoltativo;

CONSENTE  NON CONSENTE

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- al trattamento per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e automatizzate di contatto (20), di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (21), per finalità di marketing di questi; il consenso è facoltativo;

CONSENTE  NON CONSENTE

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- alla comunicazione dei dati personali a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (22), per finalità di marketing di questi, attraverso modalità tradizionali e automatizzate di contatto (23); il consenso è facoltativo.

CONSENTE  NON CONSENTE

- da compilare anche nel caso di persone giuridiche

- Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Titolare.
- Dichiaro di aver esercitato il diritto di opposizione al trattamento per finalità di marketing del Gruppo Imprenditoriale Cattolica.

Dichiaro che i *flag* apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

Luogo e Data **ROMA** 12/12/2018

CONTRAENTE

(19) vedi nota 9;  
(20) vedi nota 9;  
(21) vedi nota 14;  
(22) vedi nota 14;  
(23) vedi nota 9.

## **ADESIONE INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 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);
- 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 – Società Cooperativa);
- 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.

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 Milano, Via Ripamonti 44, 20141; indirizzo di posta elettronica: orisbroker@orisbroker.it

Il Titolare del Trattamento ha designato, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, il Responsabile per la Protezione dei Dati, i cui dati di contatto sono consultabili nel sito internet di Oris Broker.

**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: .....

N. documento (polizza): **2106.32.300320**

<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 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 della polizza RC Professionale Odontoiatra n. 2106.32.300320 stipulata 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 è collocato come segue:

➤ con l'Impresa Cattolica Assicurazioni.

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 alla polizza collettiva RC Professionale Odontoiatra n. 2106.32.300320 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. (**All. 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) se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, ha l'**obbligo di informare il contraente** di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione il prodotto non può essere distribuito.

e) 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.

f) 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.