

## Questionario Polizza Infortuni e Malattia

DATI SUL CONTRAENTE	
CONTRAENTE	
Cod. fiscale/P.IVA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	
CAP	
CITTA' e PROVINCIA:	
TEL/MAIL:	

DATI SULLA PERSONA/E DA ASSICURARE (Se cumulativa inserire gli assicurati del nucleo familiare)	
<b>1) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>2) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>3) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>4) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>5) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>6) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>7) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	
<b>8) COGNOME NOME:</b>	
CODICE FISCALE:	
ATTIVITA' SVOLTA:	

<b>Rischio Morte e Invalidità permanente – Garanzia Base</b>	<b>somme che l'interessato ritiene siano corrette</b>
<b>Morte da Infortunio :</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 25.000,00 a € 1.000.000,00</i>	
<b>Invalidità Permanente da Infortunio:</b> <i>indicare il valore almeno uguale a quello MORTE compreso tra min. € 25.000,00 a € 1.000.000,00</i>	
<b>Invalidità Permanente da Malattia:</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 25.000,00 a € 1.000.000,00</i>	
<b>Rischio Diaria – Garanzia Accessoria a quella base</b>	<b>somma che l'interessato ritiene sia corretta</b>
<b>Diaria giornaliera da Gesso</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 4 sui max. garanzia base</i>	
<b>Diaria giornaliera da Ricovero per Infortunio</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 4 sui max. garanzia base</i>	
<b>Diaria giornaliera da Convalescenza Post-Ricovero per Infortunio</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 4 sui max. garanzia base</i>	
<b>Diaria giornaliera da Ricovero per Malattia</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 4 sui max. garanzia base</i>	
<b>Diaria giornaliera da Convalescenza Post-Ricovero per Malattia</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 4 sui max. garanzia base</i>	
<b>Diaria giornaliera per Inabilità Temporanea – Solo per Liberi Professionisti</b> <i>indicare il valore compreso tra min. € 20,00 e € 100,00 in rapporto 1 a 5 sui max. garanzia base</i>	
<b>Rendita Vitalizia Mensile per Infortunio &gt; 60%</b> <i>indicare il valore a scelta tra min. € 500,00 - € 1000,00 - € 1.500,00</i>	
<b>Rendita Vitalizia Mensile per Malattia &gt; 60%</b> <i>indicare il valore a scelta tra min. € 500,00 - € 1000,00 - € 1.500,00</i>	
<b>Rischio Spese Mediche – Garanzia Accessoria a quella base</b>	<b>somma che l'interessato ritiene sia corretta</b>
<b>Spese mediche da Infortunio</b> <i>indicare l'opzione di <b>somma massima</b> di massimale € 5.000,00 € 10.000,00 € 15.000,00</i>	
<b>Spese mediche Alta specializzazione da Malattia</b> <i>indicare l'opzione di <b>somma massima</b> di massimale € 1.500,00</i>	
<b>Spese mediche per Ricoveri Ospedalieri e interventi chirurgici</b> <i>Indicare l'opzione di <b>somma massima</b> di massimale se fisso o illimitato</i>	

#### INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- il titolare dei dati trattati è il Sig. Silla Tomassini
- il responsabile del trattamento dei dati è il Sig. Silla Tomassini

Per la conclusione e la gestione del rapporto contrattuale ove è richiesta l'acquisizione ed il trattamento da parte di OPA Broker srl, di dati personali e sensibili dell'interessato e di eventuali soggetti terzi ad esso collegati il consenso verrà espresso attraverso la firma del modulo di privacy e modulo 4 e 4Ter se allegato ed in alternativa, scaricabile sul sito [www.opabrokersrl.com](http://www.opabrokersrl.com)

**Luogo e data** .....

**Timbro e firma** .....