

**POLIZZA RC DEL COLLABORATORE – ACCORDO VOGLIOTTI BROKER – REALE MUTUA**  
**Valida esclusivamente per ODONTOIATRI/MEDICI DENTISTI che:**

- operino esclusivamente all'interno di una o più strutture sanitarie, in qualità di liberi professionisti (liberi professionisti strutturati) da almeno 5 anni, che non assumano obbligazione contrattuale con il paziente (che da almeno 5 anni non fatturino direttamente ai loro pazienti, non siano titolari di studi Odontoiatrici mono professionali o associati ne abbiano quote di società in ambito odontoiatrico)
- abbiano conferito mandato a Vogliotti Broker
- Versino la quota di diritti di segreteria a Vogliotti Broker (variabile in funzione delle fasce di età)

**Massimale unico 2.000.000 €** - Durata due anni senza tacito rinnovo (con ricompilazione del questionario a scadenza per rivalutazione del rischio) - Scadenza polizza SEMPRE a fine mese con rateo massimo entro i due anni

Dott. \_\_\_\_\_ C.F. o P.I. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Codice Univoco o Pec \_\_\_\_\_

COLLABORATORE IN REGIME DI ESCLUSIVA <u>SENZA IMPLANTOLOGIA</u>				
DETTAGLIO DEI PREMI				
FASCIA ETA'	PREMIO BASE REALE MUTUA	PREMIO COMPRESI DIRITTI VOGLIOTTI	MEDICINA ESTETICA	MEDICINA GENERALE
Fino a 45	340,00 €	<input type="checkbox"/> 415,00 €	<input type="checkbox"/> + 250,00 €	<input type="checkbox"/> + 120,00 €
46 - 60	500,00 €	<input type="checkbox"/> 575,00 €	<input type="checkbox"/> + 375,00 €	<input type="checkbox"/> + 180,00 €
61 - 70	700,00 €	<input type="checkbox"/> 710,00 €	<input type="checkbox"/> + 520,00 €	<input type="checkbox"/> + 250,00 €
Oltre 70	RD	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> RD

COLLABORATORE IN REGIME DI ESCLUSIVA <u>CON IMPLANTOLOGIA</u>				
DETTAGLIO DEI PREMI				
FASCIA ETA'	PREMIO BASE REALE MUTUA	PREMIO COMPRESI DIRITTI VOGLIOTTI	MEDICINA ESTETICA	MEDICINA GENERALE
Fino a 45	750,00 €	<input type="checkbox"/> 825,00	<input type="checkbox"/> + 250,00 €	Compresa
46 - 60	1.100,00 €	<input type="checkbox"/> 1.175,00 €	<input type="checkbox"/> + 375,00 €	Compresa
61 - 70	1.540,00 €	<input type="checkbox"/> 1.550,00 €	<input type="checkbox"/> + 520,00 €	Compresa
Oltre 70	RD	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> RD	RD

**Estensione alla direzione sanitaria** (Garanzia soggetta a valutazione della direzione):  Si  No

Nome della struttura: \_\_\_\_\_

Fatturato:  Fino ad 1.000.000 €  Oltre un milione di euro

### Scoperto/ Franchigia

In deroga di quanto indicato sul modulo di polizza, in caso di sinistro risarcibile, si applicherà:

- scoperto 10% del danno con il minimo di € 500,00 ed il massimo di € 5.000, per i danni da implantologia;
- franchigia di € 300,00 su tutti gli altri danni.

### Medicina estetica

In parziale deroga di quanto previsto dalla richiamata condizione facoltativa A), in caso di sinistro, la presente garanzia è prestata con un sottolimito di 500.000 € ed applicazione dello scoperto del 10% con il minimo di € 1.500 e il massimo di € 30.000.

### Consenso al trattamento dei dati personali

#### Consenso facoltativo

La Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle della presente informativa. Sono finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo la Società Le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, proponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della nostra Società:

SI  NO

Firma \_\_\_\_\_



**In ottemperanza all'art. 56 del regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018 come modificato dal provvedimento n. 97/2020 dichiara di aver ricevuto e preso visione dei seguenti allegati (disponibili e consultabili sul sito [www.vogliottibroker.it](http://www.vogliottibroker.it))**

- Allegato 3 – Informativa sul distributore
- Allegato 4 – Informativa sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IbiP
- Allegato 4 TER – Elenco delle regole di comportamento del distributore
- Documentazione precontrattuale e contrattuale prevista - Set informativo del prodotto assicurativo
- Informativa Privacy ai sensi art 13 e 23 del D. LGS 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Firma \_\_\_\_\_



### CONSENSO ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE IN FORMATO ELETTRONICO Art. 61 Reg. Ivass n.

**40/2018** Dichiaro di accettare la trasmissione di tutta la documentazione presente e futura pre-contrattuale e contrattuale che mi possa riguardare in formato elettronico e di essere informato che questo mio consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento mediante invio di mail a: [info@vogliottibroker.it](mailto:info@vogliottibroker.it)

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

Firma \_\_\_\_\_



**Vogliotti Broker S.r.l. - Via A. Brofferio, 3 - 10121 Torino**

codice fiscale e Partita I.V.A. 10513530013 – Tel. 011.884170

[info@vogliottibroker.it](mailto:info@vogliottibroker.it) - [info@pec.vogliottibroker.it](mailto:info@pec.vogliottibroker.it) - [www.vogliottibroker.it](http://www.vogliottibroker.it)

Iscritta al Registro delle Imprese di Torino con n° R.E.A. TO-1139476 - capitale sociale Euro 10.000,00 (diecimila)

Iscritta al R.U.I. con n° B000380625 del 09/05/2011 - Soggetta al controllo dell'IVASS

**TUTELA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI****Professionista Reale** Difende il valore delle tue attività**PROFESSIONI SANITARIE****QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE****GENERALITÀ DEL SOTTOSCRITTORE (in caso di più professionisti occorre che sia compilato un questionario ciascuno)**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Codice Fiscale o Partita IVA: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello studio professionale \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL TITOLO DI STUDIO**

Laurea in: \_\_\_\_\_ oppure Diploma in \_\_\_\_\_

Specializzato in: \_\_\_\_\_ oppure specializzando in: \_\_\_\_\_

Data di conseguimento del titolo di studio: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Data di conseguimento della specializzazione: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Data di iscrizione all'Ordine professionale: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

1) Tipo di struttura dove il Sottoscrittore opera prevalentemente:

 struttura pubblica  struttura privata  altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Inquadramento professionale:

 a) Dipendente che esercita la sua attività in regime di esclusiva, esclusa attività libero professionale (dipendente puro) b) Dipendente che svolge attività libero professionale in regime di esclusiva (intramoenia) c) Dipendente che svolge attività libero professionale NON in regime di esclusiva (extramoenia) d) Convenzionato con il SSN che NON esercita attività libero professionale (parificabile al dipendente puro) e) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale occasionale (parificabile a intramoenia) f) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale strutturata \* (parificabile a extramoenia) g) Libero professionista

\* Per attività libero professionale strutturata svolta dal professionista convenzionato con il SSN si intende l'attività espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito.

3) L'inquadramento professionale dichiarato al precedente punto 2) è variato, anche per un breve periodo, nel corso degli ultimi 10 anni?

 SÌ  NO

Se sì, indicare qual era il precedente inquadramento e la data in cui è variato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Acquisisce il consenso informato in forma scritta?

 SÌ  NO

5) Esegue interventi di tipo invasivo?  SÌ  NO

Per interventi di tipo invasivo si intende il complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo appartengono a tale categoria di intervento: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotici, inserimenti di pace-maker.  
Non sono invece considerati invasivi i seguenti atti medici: medicazioni, suture superficiali, posizionamento di cateteri vescicali, infiltrazioni peri e intra articolari e ogni altra prestazione assimilabile, secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore.

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

6) Esegue interventi chirurgici in day surgery?  SÌ  NO

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

7) Esegue interventi chirurgici che comportano ricovero?  SÌ  NO

Per interventi chirurgici si intendono le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti o organi. Per ricovero si intende la permanenza in struttura sanitaria con pernottamento.

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

8) Esegue trattamenti di medicina estetica?  SÌ  NO

Se sì, indicare quali:

-----  
-----

9) Esegue interventi di chirurgia vertebrale/spinale (nota 1)?  SÌ  NO

10) Esegue interventi di chirurgia bariatrica (nota 1)?  SÌ  NO

11) Esegue interventi di chirurgia plastica (nota 2)?  SÌ  NO

Se sì, indicare quali (specificando se si tratta di chirurgia ricostruttiva o estetica):

-----  
-----

12) Pratica attività relativa all'ostetricia?  SÌ  NO

13) Pratica attività di Procreazione Medicalmente Assistita (v. nota 2)?  SÌ  NO

Se sì, indicare il livello di PMA e presso quale struttura è svolta l'attività:

-----  
-----

14) Qualora svolga attività di radiodiagnostica, effettua anche diagnostica in ambito senologico?  SÌ  NO

15) Esegue interventi di implantologia dentale?  SÌ  NO

16) Svolge attività non occasionale presso il reparto di pronto soccorso?  SÌ  NO

17) Ricopre incarichi di direttore di struttura (ex Primario - v. nota 3) o di analoga funzione organizzativa presso ente ospedaliero riconosciuto tale a norma di legge o presso clinica universitaria?  SÌ  NO

Nota per l'intermediario (1): La chirurgia vertebrale/spinale e quella bariatrica sono rischi riservati alla Direzione

Nota (2): La chirurgia estetica e la procreazione assistita non sono coperte dall'assicurazione.

Nota (3): Altre funzioni organizzative (ad esempio Direttore Sanitario) non sono assicurabili

- 18) Svolge attività di vigilanza e ispezione di stabilimenti per la produzione e lavorazione di carni? (per veterinari)  SI  NO
- 19) Svolge incarichi di medico competente ai sensi del d.lgs. 81/2008?  SI  NO
- 20) È interessato a limitare la copertura alle azioni di rivalsa per colpa grave?  SI  NO

Tale limitazione è compatibile solo per gli inquadramenti di cui al precedente punto 2) - lettere a) e b).

NOTA BENE: nel caso in cui l'inquadramento professionale del medico sia b) "dipendente con intramoenia" la copertura della sola rivalsa per colpa grave non tiene indenne l'Assicurato nel caso in cui gli venga contestata una responsabilità derivante da un'obbligazione contrattuale assunta nei confronti del proprio cliente/paziente.

- 21) È interessato ad estendere la garanzia (estensione non compatibile con la garanzia limitata alla colpa grave):
- alle perdite pecuniarie  SI  NO
  - al laboratorio di odontotecnico annesso allo studio assicurato  SI  NO

### INFORMAZIONI PER L'ASSICURATORE

22) Massimale richiesto per l'assicurazione di Responsabilità Civile: € \_\_\_\_\_

Il Sottoscrittore:

- 23) Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Responsabilità Civile per l'attività esercitata?  SI  NO  
Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza:

-----

- 24) Ha avuto polizze di Responsabilità Civile professionale disdette o non rinnovate da altri Assicuratori?  SI  NO  
Se sì, indicare la Compagnia Assicurativa, la data e il motivo della disdetta o del mancato rinnovo:

-----

-----

-----

- 25) Ha ricevuto negli ultimi 5 anni richieste di risarcimento inerenti l'attività professionale?  SI  NO  
Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare:

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Descrizione evento:

-----

-----

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_

Esito:

-----

-----

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Descrizione evento:

-----

-----

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_

Esito:

-----

-----

26) Alla data della compilazione del presente questionario, è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi per comportamenti colposi posti in essere nello svolgimento della professione?

SÌ  NO

Se sì, indicare di seguito i dettagli e allegare eventuale documentazione:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**N.B.:** Tale dichiarazione non deve essere resa in caso di sostituzione di precedente polizza stipulata con RMA avente durata non inferiore a 12 mesi, senza variazione del rischio in termini di garanzie, soggetti assicurati e massimali.

Eventuali ulteriori informazioni:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Sottoscrittore alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza sia emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.**

**Il Sottoscrittore riconosce che le dichiarazioni rese, anche in nome e per conto degli altri soggetti indicati nel presente questionario, sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.**

**Dichiara inoltre di essere dotato del potere di rappresentanza/firma per conto del Contraente e degli altri soggetti assicurati e di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

**Se tra la data di compilazione della presente Proposta-Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Sottoscrittore si impegna a darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.**

Luogo e Data di compilazione

FIRMA

-----



## Cognome e Nome

---

## Codice Fiscale

---

### Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679

**1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.

**2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

**3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

**4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (sitate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

**5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

**6. Diritti dell'interessato** (artt. 12-23 del Regolamento) - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it). Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpo@realemutua.it](mailto:dpo@realemutua.it).

**7. Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

**8. Attività commerciali e di marketing** - La Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente informativa. Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo, la Società le chiede di





Spett.le  
**Vogliotti Broker S.r.l.**  
R.U.I. B000380625  
Via A. Brofferio, 3 - 10121 – Torino

**Oggetto: mandato di brokeraggio assicurativo**

Preso atto che la vostra Società è iscritta nella sezione B del Registro Unico degli Intermediari di Assicurazioni (D. Lgs. n. 209/2005) al numero B000380625, con la presente Vi nominiamo nostri broker e Vi affidiamo l'incarico di prestarci assistenza e consulenza relativamente al contratto Convenzione "VOGLIOTTI BROKER" per la polizza assicurativa di **Responsabilità Civile Professionale ODONTOIATRI COLLABORATORI**

Il presente incarico è valido con l'adesione alla polizza Convenzione e cesserà automaticamente alla cessazione della stessa o salvo nostra/vostra eventuale revoca scritta inviata con preavviso di almeno mesi 2 (60 gg) .

RingraziandoVi per la Vostra collaborazione, Vi porgiamo i nostri migliori saluti.

Letto, approvato e sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

