

**RESPONSABILITA' MEDICA – SANITARIA**  
 (“COLPA GRAVE” PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

**POSTUMA: POSSIBILITA' DI ACQUISTARLA PER 5 ANNI AD UN COSTO DEL 100% DELL'ULTIMO PREMIO  
 O PER 10 ANNI AD UN COSTO DEL 175% DELL'ULTIMO PREMIO  
 FRANCHIGIA / SCOPERTO: NESSUNO**

	Dirigente Medico - Veterinario			
	MASSIMALE 3 volte retrib. annua lorda	MASSIMALE 1.000.000	MASSIMALE 2.500.000	MASSIMALE 5.000.000
RETROATTIVITA' 2 ANNI	€ 144	€ 170	€ 226	€ 282
RETROATTIVITA' 5 ANNI	€ 168	€ 198	€ 264	€ 329
RETROATTIVITA' 10 ANNI	€ 240	€ 282	€ 376	€ 470
RETROATTIVITA' 15 ANNI	€ 288	€ 339	€ 452	€ 564
RETROATTIVITA' ILLIMITATA	€ 306	€ 360	€ 480	€ 600

Si prega voler compilare il questionario di seguito riportato e inviarlo a  
[usppi@todarobroker.it](mailto:usppi@todarobroker.it)  
 al fine di ottenere un preventivo personalizzato

Per qualsiasi ulteriore soluzione in merito ad eventuali diversi inquadramenti professionali  
 preghiamo volerci scrivere a [usppi@todarobroker.it](mailto:usppi@todarobroker.it)

**PROPOSTA DI CONTRATTO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**AVVISO IMPORTANTE**

- (1) LA PRESENTE PROPOSTA DEVE ESSERE COMPILATA DAL PROPONENTE STESSO. È NECESSARIO RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PER OTTENERE UNA QUOTAZIONE. SI RICHIEDE DI RISPONDERE CON PIENA CONOSCENZA E CONVINZIONE. IL MODULO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO E DATATO.
- (2) ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 1892 E 1893 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.
- (3) LA PRESENTE PROPOSTA È RELATIVA AD UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ NELLA FORMA "CLAIMS MADE". CIÒ SIGNIFICA CHE LA POLIZZA COPRE I RECLAMI AVANZATI PER LA PRIMA VOLTA NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E GLI EVENTI DEI QUALI L'ASSICURATO VENGA A CONOSCENZA DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E CHE POTREBBERO ORIGINARE UN RECLAMO FUTURO, A CONDIZIONE CHE GLI ASSICURATORI SIANO INFORMATI, DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA, DELLE CIRCOSTANZE RELATIVE A TALI EVENTI. DOPO LA SCADENZA DELLA POLIZZA, NESSUN RECLAMO POTRÀ ESSERE AVANZATO A TERMINI DELLA POLIZZA STESSA, ANCHE SE L'EVENTO CHE HA ORIGINATO LA RICHIESTA DANNI SI SIA VERIFICATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA.
- (4) IL PROPONENTE PRENDE ATTO CHE NEL CASO DI CORRESPONSABILITÀ DI PIÙ ASSICURATI DEGLI STESSI ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NELLA DETERMINAZIONE DI UN MEDESIMO SINISTRO, GLI ASSICURATORI PER TALE SINISTRO SONO OBBLIGATI FINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE DEFINITO NELLA SCHEDA DI COPERTURA COMPLESSIVAMENTE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO. NELL'EVENTUALITÀ CHE IL RISARCIMENTO COMPLESSIVAMENTE INDENNIZZABILE DAGLI ASSICURATORI AI TERMINI DEL CERTIFICATO ECCEDA L'IMPORTO INDICATO, LE INDENNITÀ SPETTANTI A CIASCUNO DEGLI ASSICURATI SI INTENDERANNO PROPORZIONALMENTE RIDOTTE IN MISURA UGUALE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO.
- (5) LA VALIDITÀ TEMPORALE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON POTRÀ ESSERE SUPERIORE A 30 GIORNI DALLA DATA DI COMPILAZIONE E FIRMA DELLO STESSO.
- (6) IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE. GLI UNICI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO AGLI ASSICURATORI SONO I SEGUENTI: BONIFICI BANCARI/ASSEGNI CIRCOLARI E CONTANTI FINO AD UN MASSIMO DI EURO 750,00 (SETTECENTOCINQUANTA EURO) A FAVORE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI AUTORIZZATI ESPRESSAMENTE IN TALE QUALITÀ.

**AVVERTENZA!**

NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI SCONTI DI PREMIO DA PARTE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI EVENTUALMENTE INCARICATI. PER GLI ASPETTI DI DETTAGLIO SI RINVIA ALLA SCHEDA DI COPERTURA, ALLA DEFINIZIONE DI "PREMIO", ALL'ART. 3 ("PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO") DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE,

Il proponente dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Avviso Importante ➤☐

DATI DEL PROPONENTE			
Nome		Cognome	
Codice Fiscale			
Residenza		Città	
CAP		Provincia	
Data di effetto		<b>Durata 12 mesi</b>	
Retribuzione Annuale Lorda	<b>EUR</b>		

MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO E PERIODO (il massimale per Corresponsabilità è pari a Euro 10.000.000,00)	
3 VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUALE LORDA SOPRA DICHIARATA (FINO AD UN MASSIMO DI EURO 1.000.000,00)	
Euro 1.000.000,00	
Euro 2.500.000,00	
Euro 5.000.000,00	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) ATTIVA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Terza Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

<b>DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) CESSATA(E)</b>		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Terza Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

<b>PERIODO DI RETROATTIVITÀ</b>	
No retro – 0 anni	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
2 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
5 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
10 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
15 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Illimitato	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>

<b>DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI</b>		
Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altri Contratti di Assicurazione di questo tipo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta affermativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il Proponente dichiara che non gli sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		

<p>Il Proponente dichiara che non ha mai riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che potrebbero ragionevolmente dare luogo, o che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di <b>NON</b> essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altra Azienda, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i></p>		
<p>Il Proponente dichiara di non essere a conoscenza di eventi dannosi che abbiano portato o potrebbero portare a Richiesta di Risarcimento alla data di firma della presente Proposta di Contratto</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i></p>		

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., l'**Assicurato** dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1 Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio**
- Art. 3 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio**
- Art. 5 Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio**
- Art. 8 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri**
- Art. 11 Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali**
- Art. 16 Clausola di Responsabilità disgiunta**
- Art. 20 Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione (Claims Made)**
- Art. 23 Esclusioni**
- Art. 28 Territorialità e giurisdizione**

Eventuali Estensioni di **Assicurazione** e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella **Scheda di Copertura**.

**DICHIARAZIONE**

**Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta di Contratto ed ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale Contratto di Assicurazione.**

**La firma della presente Proposta di Contratto non impegna l'Assicurato alla stipulazione del Contratto di Assicurazione.**

**Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente: 1 Nota informativa, comprensiva di Glossario; 2 Condizioni di Assicurazione; 3 Proposta di Contratto.**

⤴ Compilato da

⤴ in data

⤴

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

**ATTENZIONE:** La presente Proposta di Contratto deve essere conservata con cura, poiché, unitamente al certificato di assicurazione rappresenta il documento che prova il contratto di assicurazione.

La presente Proposta di Contratto deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata/inviata a \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_, oppure tramite FAX, assieme ad una copia della ricevuta di pagamento del premio al numero \_\_\_\_\_

*(indicare nome, indirizzo e/o numero di fax del broker)*

**DICHIARAZIONI ESPRESSE DEL PROPONENTE**

a) Il proponente dichiara di aver ricevuto e preso visione, come previsto dalle disposizioni del Regolamento Ivass n. 5/2006 e n. 34/2010, del documento "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto".

b) Il proponente dichiara di avere ricevuto, ai sensi dell'Art. 30 del Regolamento Ivass n. 35/2010, le Condizioni di Assicurazione, che dichiara di accettare.

c) Il proponente dichiara di affidare la gestione della copertura assicurativa nascente dalla presente Proposta di Assicurazione al Broker di assicurazioni \_\_\_\_\_ iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI).

↘Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ↘ Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ ↘Firma: \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

Preso atto dell'Informativa sulla Privacy ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 196/03, allegata a questo modulo:

*(Il mancato consenso per le voci sotto indicate può pregiudicare il buon fine della pratica)*

↘	<b>ACCONSENTO</b>	↘	<b>NON ACCONSENTO</b>	al trattamento dei dati personali comuni per le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
↘	<b>ACCONSENTO</b>	↘	<b>NON ACCONSENTO</b>	al trattamento dei dati personali sensibili e giudiziari per le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
↘	<b>ACCONSENTO</b>	↘	<b>NON ACCONSENTO</b>	alla comunicazione dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
↘	<b>ACCONSENTO</b>	↘	<b>NON ACCONSENTO</b>	al trattamento dei dati personali comuni rivolto all'espletamento delle finalità commerciali di marketing di cui al punto 1-B dell'informativa;

↘Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ↘ Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ ↘Firma: \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO SULLA ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO AVVERTENZE E DATI PRELIMINARI

Le vigenti disposizioni di legge e di regolamenti obbligano intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze degli aderenti.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Gli aderenti possono rifiutare di fornire le informazioni che devono essere richieste; posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza del contratto rispetto alle esigenze dell'Assicurato, tale rifiuto comporta il rilascio da parte sua di una dichiarazione attestante la circostanza.

### ESIGENZE RIGUARDANTI IL PROPONENTE

#### QUALI OBIETTIVI SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE LA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI CONTRATTO?

- Ottemperare ad obblighi di legge  
 Coprire rischi derivanti all'Assicurato per legge per Danni Patrimoniali e Danni Erariali a terzi e alla Pubblica Amministrazione  
 Non risponde

#### RISCHI CHE SI INTENDONO ASSICURARE TRAMITE LA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI CONTRATTO?

Protezione del proprio patrimonio, nell'esercizio della professione / attività lavorativa da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi ➤ (SI)-(NO)

#### DICHIARAZIONI DEL PROPONENTE

Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza del contratto offerto.

➤Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ➤ Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ ➤Firma: \_\_\_\_\_

#### **OVVERO (da sottoscrivere solo in caso di "RIFIUTO" di rispondere a quanto sopra)**

Il sottoscritto dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione della adeguatezza del contratto offerto alle sue esigenze assicurative.

➤Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ➤ Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ ➤Firma: \_\_\_\_\_

#### **PRIVACY - INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 30/06/2003 N.196**

AI sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e di cui i Lloyd's of London (assicuratori) – nella persona del loro Rappresentante Generale in Italia, nelle persone dei Titolari del trattamento delle spettabili (Corrispondente dei Lloyd's) e/o (intermediario) \_\_\_\_\_ sono, entrati o entreranno in possesso, a seguito della sottoscrizione del contratto assicurativo, La informiamo di quanto segue:

#### **1) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento:

- A) È diretto all'espletamento da parte dei soggetti indicati in premessa delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto nonché delle attività ad esso connesse compresa la liquidazione dei sinistri;  
 B) Può anche essere diretto all'espletamento da parte dei soggetti indicati in premessa delle finalità di informazione e promozione commerciale, indagini di mercato e scopi statistici o di ricerca.

#### **2) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento:

- Realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1 Let. a) del D.lgs. 196/03: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione, selezione, estrazione, consultazione, comunicazione, blocco, cancellazione e distribuzione;
- È effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

■ Il trattamento dei Suoi dati è svolto direttamente dai responsabili e dagli incaricati dei soggetti indicati in premessa e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'esterno, che collaborano con gli stessi e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti affidati. Si tratta, in modo particolare di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; istituti di credito; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; società di servizi informatici, telematici e di archiviazione e di stampa, società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di recupero crediti.

### 3) CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento di:

■ **dati personali comuni** (i.e. qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale),

■ **dati sensibili** (i.e. i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale)e, se dal caso,

■ **dati giudiziari** (i.e. i dati personali idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato), è strettamente necessario per le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A.

Tale consenso diventa facoltativo per le Finalità Commerciali e di Marketing di cui al punto 1-B.

### 4) RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali di cui al punto 3, relativamente alla finalità di cui al punto 1-A, comporta l'impossibilità di adempiere a quanto previsto dai contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati di cui al punto 3, per la finalità 1-B, non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costruzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi dei soggetti sopra riportati nei confronti dell'assicurato

### 5) COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1-A e per essere sottoposti a trattamenti aventi medesime finalità o obbligatori per legge – ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia; legali, periti ed autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione dei sinistri; società di servizi informatici o di archiviazione; Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione è obbligatoria (Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici e altre sedi dei soggetti indicati in premessa nel mondo. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento dei dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'Ufficio dei Responsabili dei soggetti indicati in premessa o presso il rappresentante legale degli stessi e può essere messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta ai responsabili ai sensi dell'Art. 7 del D.lgs. 196/2003, ai seguenti numeri di fax:

Lloyd's of London nella persona del loro Rappresentante Generale in Italia, Fax 02/63788850; a \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_

### 6) DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO.

I dati personali possono essere trasferiti esclusivamente verso le sedi dei soggetti riportati in premessa presenti sia nei Paesi dell'Unione Europea sia in Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1-A e B.



**8) DIRITTI DELL'INTERESSATO.**

L'art. 7 del D.Lgs.196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dai soggetti indicati in premessa la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili, del rappresentante designato e dei soggetti o delle categorie di soggetto cui i dati possono essere comunicati. L'interessato ha, inoltre, diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; nonché quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato, in ogni momento, secondo quanto stabilito dall'art. 8 del D.Lgs.196/03.

**9) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO**

Titolari del trattamento:

Lloyd's of London nella persona del loro Rappresentante Generale in Italia, Fax 02/63788850; a \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_