MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale del

MEDICO ODONTOIATRA - ORTODONTISTA

(Libero Professionista)

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione la Compagnia ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave"(Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

1. DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE/ ASSICURANDO

Nome e Cognome / Ragione Sociale

Indirizzo

Città | **Provincia** | **C.A.P.**

Codice Fiscale | **Partita Iva**

Telefono cellulare | **Indirizzo email**

2. CAMPO DI ATTIVITÀ ASSICURANDO

		SI	**NO**
2.1	L'Assicurando è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?		

2.2 Selezionare con una "X" le attività esercitate:

	Odontoiatria senza implantologia		**Odontoiatria con implantologia osteointegrata**
	Ortodonzia		**Odontoiatria con implantologia altre metodiche**

3. INFORMAZIONI SUL RISCHIO

3.1 L'Assicurando conferma che l'attività libero professionale oggetto della presente copertura è svolta unicamente in nome e per conto di Strutture Sanitarie o Sociosanitarie, ovvero in assenza di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente? **SI** ☐ **NO** ☐

3.2 L'Assicurando ha ricevuto comunicazioni e/o notifiche dalla Struttura ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24? **SI** ☐ **NO** ☐

Se Sì, indicare data, numero delle comunicazioni e una breve descrizione:

3.3 L'Assicurando ha ricevuto dalla Direzione della Struttura la richiesta di **redigere la relazione tecnica**? **SI** ☐ **NO** ☐

Se Sì, indicare data, numero delle comunicazioni e una breve descrizione della relazione tecnica

4. GARANZIE RICHIESTE

4.1 MASSIMALE

	Massimale per Sinistro	Massimale per Periodo di Assicurazione / Serie di Sinistri
☐	€ 2.000.000,00	€ 6.000.000,00
☐	€ 3.000.000,00	€ 6.000.000,00
☐	€ 5.000.000,00	€ 6.000.000,00

4.2 FRANCHIGIA ☐ Nessuna ☐ € 500,00 ☐ € 1.000,00 ☐ € 2.500,00 ☐ € 10.000,00

4.3 RETROATTIVITÀ ☐ 10 Anni ☐ Illimitata

5. ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

5.1 (Art. 2.5) Medicina Estetica **SI** ☐ **NO** ☐

Se Sì, indicare **indicare percentuale di fatturato relativo alla medicina estetica**

5.1.1 ☐ **Fino** al 50% del fatturato totale ☐ **Oltre** il 50% del fatturato totale

6. ULTERIORI ESTENSIONI DI GARANZIA OPZIONALI A PAGAMENTO

Si intenderanno operanti SOLO le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura

		SI	NO
6.1	(Art. 2.6) Responsabilità Amministrativa e Direzione Sanitaria		

Se Sì, completare la tabella sottostante:

Ragione Sociale:

Nr. Posti letto	
Emolumenti annui percepiti o che percepirà il proponente per il ruolo svolto	
Fatturato relativo all'ultimo anno finanziario completo della struttura sanitaria	
Stima fatturato anno finanziario corrente	

Maggiori 5 Aree di Specializzazione:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

		SI	NO
6.2	(Art. 2.7) **Funzioni pubbliche e giudiziali**		
6.3	(Art. 2.8) **Conduzione dello studio (RCT-RCO)**		
6.4	L'Assicurando richiede di includere in garanzia le richieste di risarcimento conseguenti o collegate all'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurando? Esclusione n. 9, Art. 2.14 NON OPERANTE		

7. PRECEDENTI ASSICURATIVI

		SI	NO
7.1	Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurato?		

7.2	Compagnia	
7.3	Data di Scadenza	
7.4	Massimale	
7.5	Data di Retroattività	
7.6	Premio	

		SI	NO
7.7	Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo?		

8. SINISTROSITÀ PREGRESSA

		SI	NO
8.1	Negli ultimi 5 anni l'Assicurando ha ricevuto richieste di risarcimento oppure è stato coinvolto in procedimenti civili, penali, amministrativi, contabili o disciplinari/deontologici relativi all'attività professionale per la quale richiede la presente assicurazione?		
8.2	L'Assicurando è a conoscenza di circostanze o di fatti noti che possano ragionevolmente dar luogo a una richiesta di risarcimento o ad azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale, amministrativa, contabile o deontologica?		

In caso si risposta affermativa a una delle domane sulla sinistrosità pregressa è **obbligatoria** la compilazione dell'**Allegato 1 del questionario.**

9. DICHIARAZIONI

L'Assicurando DICHIARA:

1)	Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
2)	Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
3)	Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
4)	Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
5)	Di aver ricevuto e preso visione del set informativo ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, composto da DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Modulo di Proposta/Questionario e Condizioni di Assicurazione comprensive di Definizioni;
6)	Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Quesitonario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
7)	Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome

Data

Firma