

RC PROFESSIONALE PER GLI STUDI ASSOCIATI TRA ODONTOIATRI E SOCIETÀ TRA ODONTOIATRI

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

CONTRAENTE

Ragione sociale	P. Iva e/o Codice fiscale
Sede (da assicurare)	
Mail	Pec
Sottoscrittore (Nome e Cognome)	In qualità di
Direttore Sanitario (Nome e Cognome)	

ATTIVITÀ SVOLTA - MASSIMALI

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocellare)	Attività odontoiatrica senza implantologia	
	Attività con implantologia	

Con la seguente composizione del personale

	Numero Dipendenti	Numero Libero professionisti
Odontoiatri che eseguono implantologia		
Odontoiatri che non eseguono implantologia		
Igienisti dentali		
Assistenti alla poltrona		

AVVERTENZA: PER RICOMPREDERE IN COPERTURA OGNI SINGOLO OPERATORE COMPILARE L'ALLEGATO "A" DI CUI AL PRESENTE MODULO

Ulteriori parametri per la determinazione del premio	SI	NO
Sono effettuate prestazioni che richiedono la presenza dell'Anestesista?		
Nella struttura esiste un laboratorio odontotecnico interno?		
MASSIMALE	1.500.000	

PER QUALI ATTIVITÀ RICHIEDE ULTERIORE COPERTURA?

ESTENSIONE COPERTURA	VARIAZIONE PREMIO	Crocellare
1) CHIRURGIA INVASIVA	R.D.	
2) MEDICINA ESTETICA	R.D.	
3) DIRETTORE SANITARIO	Premio aggiuntivo di 500 euro	

SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilit  professionale? (SI/NO)

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Ovvero l'assicurando   a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?
Se S , quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?
Se S , indichi il massimale:
Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza
Sono state disdettate?

E' titolare di una polizza di TUTELA LEGALE?

Se SI con quale Compagnia?

DATA

L'ASSICURANDO

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validit  30 giorni dalla data sopra indicata

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE BONIFICI BANCARI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N. 41/2018

L'Assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.  41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- FAC SIMILE MODULO DI ADEGUATEZZA/PROPOSTA
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.  679 - 2016

IL CONTRAENTE _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N. 

EFFETTO

