

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE  
DEL MEDICO ESTETICO DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA  
E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA**

**INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA**

Cognome Nome	
Indirizzo di Residenza	Luogo e data di nascita

**INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA**

<p><b>Che tipo di attivit� svolge</b> (Crocettare)</p>	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, <b>esclusi</b> accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
Specializzando (formula Young)		

<p><b>L'attivit� descritta come:</b> (Crocettare)</p>	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia	
	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia e/o attivit� svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
	Medico Dipendente di struttura privata	
	Medico Convenzionato con il S.S.N.	
	Medico Dipendente di struttura pubblica	

<p><b>L'attivit� descritta viene svolta presso:</b></p>	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

<p><b>detiene polizze in corso per il medesimo rischio?</b></p>	<p><b>Sì</b></p>	<p><b>No</b></p>
-----------------------------------------------------------------	------------------	------------------

<b>è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?</b>	<b>Si'</b>	<b>No</b>
	<b>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</b>	

<b>L'esigenza di copertura è determinata da:</b>  (Crocettare)	Obblighi di Legge	
	Impegni Contrattuali	
	Personali esigenze di prevenzione del rischio	
	Altro (descrivere)	

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

## MEDICO ESTETICO DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

**Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilit  civile professionale**  
Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

### 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 gi  verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in affinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia gi  avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilit  professionale, dichiarando altres  che i dati forniti rispondono a verit  e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

### ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	iscritto all'albo di
	Dal

### ATTIVITA' SVOLTA – MASSIMALI

<b>L'Assicurando dichiara di svolgere l'attivit� di</b>	Dipendente
<b>In una struttura</b>	Privata

<b>Con la specializzazione di</b>	<b>e con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Croceffare)</b>	
Medico che pratica la chirurgia plastica – estetica	500.000*	1.500.000

\*il massimale di euro 500.000 non potr  comunque essere prestatato per coloro che abbiano superato i 40 anni di et  anagrafica

CONDIZIONI FACOLTATIVE – DURATA CONTRATTUALE	VARIAZIONI DI PREMIO	Croceffare
Estensione <b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato	<b>del 25% del premio di tariffa</b> <b>nel limite del massimale di polizza per tutto il periodo di postuma indipendentemente dal numero dei sinistri</b>	
In alterantiva a quanto sopra	<ul style="list-style-type: none"> <li>200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualit� complete</li> <li>250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualit� complete</li> <li>300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualit� complete</li> <li>400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualit� completa</li> </ul> <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualit�</b> <b>nel limite del massimale di polizza per tutto il periodo di postuma indipendentemente dal numero dei sinistri</b>	
Clausola di <b>INDICIZZAZIONE</b>		
Scelta della <b>DURATA CONTRATTUALE</b>	Annuale	Quinquennale

#### 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?**

SI NO

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?

  titolare di una polizza TUTELA LEGALE?

SI NO

Se S  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 DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEGNI BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO   ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500   PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

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.

#### INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL 10% RISPETTO ALLA TARIFFA PREVISTA PER I CONTRATTI DI DURATA ANNUALE.

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

#### SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N.  41 DEL 2/8/2018

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

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

**CODICE AGENZIA**

**TIMBRO / FIRMA**

**PROPOSTA NUMERO**

**ALLEGATI NUMERO**

**EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO**

**EVIDENZIARE SE:**

SOSTITUISCE POLIZZA **ASSICURATRICE MILANESE** N.°

EFFETTO

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE**

**DATA**

**FIRMA PER AUTORIZZAZIONE**