

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO  
DENTISTA – ODONTOIATRA – IGIENISTA DENTALE LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE  
EXTRAMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE  
PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE  
E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA**



**INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA**

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

**INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA**

<b>Che tipo di attività svolge</b> (Crocettare)	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)	
Igienista dentale		

**l'attività descritta come:**

(Crocettare)

Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia	
Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività 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	

**l'attività descritta viene svolta presso:**

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.	

**defiene polizze in corso per il medesimo rischio?**

**Sì'**

**No**

<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></p>	<b>Si'</b>		<b>No</b>	
	<p><b>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</b></p>			

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

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

**MEDICO DENTISTA – ODONTOIATRA – IGIENISTA DENTALE  
LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA  
IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE  
PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE**



**Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale**  
Da inviare via mail ai preposti uffici assuntivi di Direzione 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 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.

**ASSICURANDO**

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di

**ATTIVITA' SVOLTA**

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocettare)	Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia				
	Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso crocettare sotto)				
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PRIVATE		

e con la richiesta dei seguenti Massimali in € (CROCETTARE)

Con la seguente specializzazione:	750.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000
IGIENISTA DENTALE				
FORMULA YOUNG* esclusa implantologia				
FORMULA YOUNG* compresa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA esclusa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA compresa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA compresa l'implantologia e l'insuccesso implantare				

**N.B.\* FORMULA YOUNG** – Concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".

**ESTENSIONI DI GARANZIA**

	Crocettare
Estensione <b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato In alterantiva a quanto sopra	<b>del 25% del premio di tariffa</b>
Estensione <b>P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al <b>N.B.</b> La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete</li> <li>250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete</li> <li>300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete</li> <li>400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa</li> </ul> <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualità</b>

**Estensione CHIRURGIA ESTETICA DEL TERZO INFERIORE DEL VISO:** filler, botulino ed asportazioni di neoformazioni benigne  
**Aumento** del 35% del premio di tariffa  
Concedibile solo nei casi in cui la specializzazione dichiarata prevede l'implantologia

**Estensione all'attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento**  
**Aumento** del 100% del premio di tariffa  
Non concedibile se scelta la Formula YOUNG

Scelta della DURATA CONTRATTUALE	Annuale	Quinquennale
----------------------------------	---------	--------------

### SINISTRI – ALTRE POLIZZE

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

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Ovvero l'Assicurando è 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 SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?

Se SI, indichi il massimale

Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

E' titolare di una polizza di TUTELA LEGALE?

SI NO

Se SI con quale Compagnia?

Data

firma dell'Assicurando

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validità 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 E' ANNUALE. LA SOCIETA' SI RISERVA LA FACOLTA' DI CONCEDERE FRAZIONAMENTI DEL PREMIO SEMESTRALI CON 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 5% 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
- QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
- 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

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO

TIMBRO / FIRMA



SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE