

**CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:  
DENTISTA/ODONTOTECNICO/IGIENISTA DENTALE**

**IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:**

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**
- d) Modulo di proposta**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E LA NOTA INFORMATIVA.**

VERSIONE 01\_06\_2018 LSW1699G-12

Polizza di Responsabilità Civile Professionale  
**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE del**  
**DENTISTA/ODONTOTECNICO/IGIENISTA DENTALE**

**QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATO NELLA FORMA  
 «CLAIMS MADE»**

**AVVERTENZA IMPORTANTE**

**Si noti che tutte le garanzie del contratto di assicurazione sono prestate nella forma "CLAIMS MADE" e sono operanti per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE IN CORSO riferiti a fatti commessi dopo la data di retroattività se concessa e da lui denunciati agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.**

**Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale indicata nel Questionario con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

**Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

**Articolo 3 DEFINIZIONI**

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Assicurato</b>                     | Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione:<br>(a) il Contraente stesso.<br>(b) tutti i dipendenti del Contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura. |
| <b>Assicuratori</b>                   | Lloyd's Insurance Company S.A.   |
| <b>Broker/Agente di Assicurazioni</b> | la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.   |
| <b>Danno/Danni</b>                    | il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.   |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Perdite Patrimoniali</b>      | il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.   |
| <b>Mandatario</b>                | l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore  |
| <b>Massimale</b>                 | la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.   |
| <b>Periodo di Assicurazione</b>  | Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.  |
| <b>Richiesta di risarcimento</b> | Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;</li> <li>2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.</li> </ol> |
| <b>Sinistro</b>                  | la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.  |
| <b>Sinistro in serie:</b>        | si considera l'atto che ripetuto più volte produca eventi o effetti suscettibili di più richieste di risarcimento.  |
| <b>Loss Adjuster</b>             | il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.   |
| <b>Polizza</b>                   | il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.   |
| <b>Scheda di Copertura</b>       | i documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.   |
| <b>Franchigia</b>                | l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.   |

#### **Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE" - RETROATTIVITÀ - LIMITI DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA)**

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia copre le richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori entro 10 giorni, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori.

La presente Polizza prevede un limite di indennizzo per sinistro e per periodo di assicurazione che viene indicato nella scheda di Polizza. I sinistri risarcibili ai sensi di Polizza saranno soggetti a franchigia fissa minima di Euro 500.00 per evento o come diversamente normata nel Polizza o nella Scheda di Copertura.

#### **Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

A fronte del pagamento del premio convenuto e soggetto alle condizioni tutte di Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale indicato in Polizza, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo precedente:

### 5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale di dentista/odontotecnico/igienista dentale dichiarata nel Questionario e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio a condizione che tale copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura. Gli Assicuratori rispondono:

- a) dei danni cagionati a terzi dall'Assicurato per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale di dentista/odontotecnico/igienista dentale dichiarata nel Questionario;

Nel caso che l'Assicurato consegua una specializzazione o una professionalità durante il periodo di efficacia di Polizza la stessa non rientrerà in alcun modo tra le attività oggetto di garanzia assicurativa salvo diverso accordo che dovrà risultare da apposita appendice.

- b) dei Danni cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale di dentista/odontotecnico/igienista dentale dichiarata nel Questionario esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose.
- c) le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

### 5.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

- a) Agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
- b) All'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

## Articolo 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Si precisa che, qualora il fiduciario legale della Compagnia si sia costituito in giudizio per conto dell'assicurato e, al termine del giudizio intrapreso da controparte, l'organo giudicante abbia respinto le richieste attoree con contestuale condanna al pagamento delle spese legali in favore dell'ente convenuto, l'assicurato si impegna, sin da ora, a cedere il relativo credito alla Compagnia che procederà direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza.

## Articolo 7 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato a condizione che queste siano

regolarmente fatturate.

#### Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originare da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

#### Articolo 9 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel Questionario e comprende a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- 9.1** L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente dentista/odontotecnico/igienista dentale, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, a condizione che la copertura dei Rischi che ne derivano sia stata richiesta nel Questionario e risulti specificata nella Scheda di Copertura.
- 9.2** L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni dentistiche/odontoiatriche/d'igiene dentale demandate all'Assicurato nella sua qualità di consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi a condizione che l'Assicurato non sia dipendente della struttura, clinica o istituto.
- 9.3** L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura pubblica o privata, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi. Tuttavia la presente estensione non opera qualora l'Assicurato sia dipendente della struttura, clinica o istituto.
- 9.4** I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.
- 9.5** La responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale fermo quanto disposto dell'articolo 20, a condizione che la loro copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e specificamente indicata nella Scheda di Copertura.

#### Articolo 10 ESCLUSIONI

**10.1 -** Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono esclusi:

- a.** i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;
- b.** i fatti e le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c.** i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
- d.** i sinistri che coinvolgono soggetti diversi dall'Assicurato, salvo quanto previsto dall'art. 9.3.
- e.** i procedimenti penali in quanto non costituiscono un sinistro ai termini di Polizza.

**10.2 -** Per ogni sinistro rimarrà a carico dell'Assicurato il relativo importo delle prestazioni professionali e, pertanto, la presente assicurazione non opera per la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.

**10.3 -** Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a.** attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

- b.** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso o comunque diverse da quelle tipiche del Dentista/Odontotecnico/Igienista dentale come da definizione fornita;
- c.** in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa, oppure se l'Assicurato non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel Questionario;
- d.** in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e.** per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f.** per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g.** relative a chirurgia o medicina estetica fatto salvo il caso in cui tale copertura sia stata specificamente indicata come operante nella Scheda di Copertura; ai fini della presente esclusione si specifica che le procedure che hanno come oggetto i denti (es. Sbiancatura, costituzione di corone) non rientrano nella definizione di Medicina Estetica;
- h.** derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i.** derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- j.** relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k.** relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- l.** relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m.** conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- n.** che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo le richieste di risarcimento relative a danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito dell'odontoiatria;
- o.** che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- p.** derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Dentista/Odontotecnico/Igienista dentale e paziente;
- q.** che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Dentista/Odontotecnico/Igienista dentale, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Amministratore di struttura sanitaria o di Direttore Sanitario di strutture complesse a meno che questa garanzia non sia esplicitamente richiamata nella Scheda di Copertura e sia stato pagato il relativo premio;
- r.** riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

- s.** derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario; qualsiasi danno derivante da responsabilità informatica - cyber liability - comunque intesa (come ad esempio - ma non limitatamente a - furto, perdita, divulgazione o manipolazione illecita di dati sensibili e/o informazioni riservate, violazione di proprietà intellettuale, diffusione di virus nei computer, spionaggio informatico comunque inteso, violazione della privacy, interruzione di servizio, etc);
- t.** relative all'attività di implantologia (la presente esclusione trova applicazione solo se nella Scheda di Copertura è indicato che non è stata concessa la copertura per implantologia);
- u.** derivanti o in qualsiasi modo collegate ad atti di guerra e/o terrorismo;
- v.** relative a danni derivanti da attività al di fuori dell'Oggetto dell'Assicurazione;
- w.** unicamente basate, in assenza di errori o omissioni commessi dall'Assicurato sul presunto mancato ottenimento di risultato estetico atteso dal paziente;
- x.** attribuibili a atti o omissioni commessi da individui non Dipendenti dell'Assicurato;
- y.** attribuibili a atti o omissioni commessi da Dipendenti dell'Assicurato eccetto quando tale copertura sia stata specificamente indicata nella Scheda di Copertura;
- z.** che hanno origine o siano connesse alle prestazioni rese dall'Assicurato in qualità di dipendente di struttura non coperta da questa Polizza.
- aa.** per i sinistri in serie: si precisa che i sinistri in serie sono esclusi dalla copertura assicurativa della presente polizza. Per sinistro in serie si considera l'atto che ripetuto più volte produca eventi o effetti suscettibili di più richieste di risarcimento.

#### Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

#### Articolo 12 CONDIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Resta fra le parti inteso che sono operative le seguenti condizioni:

A. Polizza emessa in nome e per conto di un singolo ASSICURATO

1) In caso di morte dell'ASSICURATO e nel caso in cui il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dagli eredi dell'ASSICURATO presso un diverso ASSICURATORE, gli eredi avranno facoltà di richiedere agli ASSICURATORI, con comunicazione scritta ed inviata non oltre 30 (trenta) giorni dal verificarsi dell'evento e durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

2) Fermo quanto previsto sub 1), è inoltre facoltà dell'ASSICURATO, solo in caso di cessazione definitiva dell'attività (si intende il raggiungimento dei limiti minimi previsti dalle leggi e dai regolamenti), salvo i casi di cessazione del rapporto per radiazione o sospensione dall'Albo professionale, di richiedere agli ASSICURATORI, con comunicazione scritta ed inviata almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

B. Polizza emessa in nome e per conto di un'Associazione Professionale, di uno Studio Associato o di una Società

In caso di scioglimento, volontaria cessazione dell'attività, assorbimento o fusione dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società, volontaria o forzata messa in liquidazione della Società, cessione di un ramo d'azienda ad un TERZO, nel caso in cui il contratto non venga rinnovato da entrambe le parti e/o un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dall'ASSICURATO o dai suoi eredi presso un diverso ASSICURATORE, l'ASSICURATO ha la facoltà di acquistare un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle

informazioni e valutazioni che gli stessi svolgeranno, sempreché sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. Sarà condizione per la richiesta del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che i singoli componenti dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società cessino definitivamente l'attività professionale (si intende il raggiungimento dei limiti minimi previsti dalle leggi e dai regolamenti) e ne conseguua la cancellazione dal relativo albo, se previsto.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

C. Il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO acquistato potrà essere successivamente esteso, a discrezione degli ASSICURATORI per un ulteriore periodo, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO acquistato, la cui durata ed il relativo sovrappremio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno.

### Articolo 13 VARIAZIONI DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento o cambiamento del rischio entro 10 giorni dalla conoscenza della condizione. Gli aggravamenti o cambiamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto. (Art. 1898 del Codice Civile).

Nel caso di diminuzione del rischio, gli Assicuratori si impegnano a ridurre il premio nella successiva annualità (Art. 1897 del Codice Civile).

### Articolo 14 PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è dovuto con periodicità annuale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.01 del giorno indicato nel Polizza/Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art.1901 C.C.).

Se il premio non è pagato all'ufficio del Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's Insurance Company S.A. in Milano, oppure al Corrispondente di Lloyd's Insurance Company S.A. che gestisce il contratto entro 10 giorni dalla data in cui è emesso, lo stesso sarà da considerarsi nullo dall'origine.

I pagamenti si possono effettuare a mezzo di bonifico bancario o assegno.

### Articolo 15 ONERI FISCALI

Le imposte ed ogni altro onere previsti dalla legge relativamente all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

### Articolo 16 RINNOVO AUTOMATICO

La presente POLIZZA in mancanza di disdetta, effettuata mediante qualsiasi forma di comunicazione scritta ed inoltrata entro e non oltre 30 giorni prima della data di scadenza della POLIZZA viene rinnovata automaticamente per un ulteriore PERIODO DI ASSICURAZIONE di 12 mesi. La presente operatività è subordinata al ricevimento del relativo modulo che attesti:

- a) Nessuna variazione anagrafica del rischio;
- b) Nessuna variazione rispetto alla tipologia dell'attività svolta, in relazione a quanto precedentemente comunicato (estensioni/precisazioni della precedente Polizza);
- c) Che non si siano verificate nuove circostanze e/o sinistri;
- d) Allegare indicazioni di eventuali circostanze/sinistri verificatisi precedentemente anche se già segnalati;

Intervenute modifiche del rischio o al verificarsi di un sinistro e/o circostanza, escludono automaticamente l'operatività della presente clausola.

In caso di mancato ricevimento del modulo di rinnovo da parte degli ASSICURATORI, la polizza si considera cancellata alla data di scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.



### Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI COPERTURA A SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e/o gli stessi danni o perdite, questa Assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

### Articolo 18 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporalmente delimitata nella presente Scheda di Copertura si precisa che:

l'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La denuncia va fatta a U.I.A. Underwriting Insurance Agency S.r.l, Corso Sempione, 61, 20149, Milano, tel. 02 54 122 532, email: [sinistri@uiainternational.net](mailto:sinistri@uiainternational.net). Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

In caso di Richiesta Di Risarcimento, l'Assicurato si impegna a non pregiudicare la posizione degli Assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.

a) Gli Assicuratori non potranno definire transattivamente alcuna Richiesta Di Risarcimento senza il consenso scritto dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli Assicuratori e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una Richiesta Di Risarcimento, l'obbligo risarcitorio degli Assicuratori per detta Richiesta Di Risarcimento non potrà eccedere l'ammontare con il quale la Richiesta Di Risarcimento avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i costi e spese maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel Scheda Di Copertura.

b) Nel caso che una Richiesta Di Risarcimento risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli Assicuratori e l'Assicurato si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia effettivamente coperto dalla presente Polizza.

Sulla base di questo accordo, gli Assicuratori anticiperanno costi e spese per la parte della perdita assicurata.

c) Gli Assicuratori si impegnano ad anticipare i costi e le spese sostenute prima della definizione della Richiesta Di Risarcimento.

Tale anticipo di costi e spese come sopra definito, sarà restituito agli Assicuratori da parte dell'Assicurato in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'indennizzo a termini della presente Polizza.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, gli Assicuratori potranno recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni da darsi mediante lettera raccomandata, rimborsando all'Assicurato la quota del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa l'imposta.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto degli Assicuratori non potranno essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori a valersi della facoltà di recesso.

### Articolo 19 FACOLTÀ DI RECESSO

Gli Assicuratori e l'Assicurato potranno recedere dalla presente Polizza mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.

Se il recesso è esercitato dagli Assicuratori, l'Assicurato avrà il diritto al rimborso pro quota del Premio pagato e non goduto al netto delle tasse indicate nella Polizza/Scheda di Copertura. Se il recesso è esercitato dall'Assicurato il Premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.

L'eventuale rimborso sarà corrisposto all'Assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione.

**Articolo 20 SURROGAZIONE**

Gli Assicuratori sono surrogati sia per le somme pagate a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

**Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto da entrambe parti.

**Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (APPLICABILE SE RICHIAMATA NEL POLIZZA)**

Con la sottoscrizione della presente Polizza l'Assicurato conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nella Polizza/Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) ogni comunicazione effettuata dal broker del Contraente/Assicurato a U.I.A. SRL si considererà come effettuata Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

**Articolo 23 ESTENSIONE STUDIO ASSOCIATO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE**

L'assicurazione può essere intestata ad un Studio Associato o Associazione Professionale sempre che gli Assicurati persone fisiche siano Dentisti, Odontoiatri o Igienisti dentali e che ognuno abbia pagato il premio dovuto secondo la propria specializzazione.

In ipotesi di altre forme societarie/giuridiche adottate dall'Assicurato, la Polizza garantirà esclusivamente la Rc professionale del medico/i, persona/e, fisica/che identificati nella scheda di Polizza.

La presente estensione si intende operante sia per la garanzia di Rc Professionale che per la garanzia RCTO.

Nel caso di coesistenza di altra Polizza assicurativa il presente contratto opererà a secondo rischio.

**Articolo 24 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE**

In caso di sinistro ed in relazione alla norma che prescrive l'obbligo di esperire un tentativo amichevole di conciliazione in conformità al D.Lgs n°28/2010 da promuoversi a cura di una delle parti (paziente od assicurato) davanti ad uno degli Organismi a ciò preposti e prima di adire le vie legali, gli assicuratori decideranno nei termini previsti se partecipare o meno alla procedura.

**Articolo 25 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE**

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

**Il Contraente**

**UIA Srl**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara:

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa Polizza :

|             |  |
|-------------|--|
| Articolo 1  | Dichiarazioni dell'Assicurato  |
| Articolo 2  | Reticenze e dichiarazioni inesatte   |
| Articolo 4  | Forma dell'assicurazione ("Claims made" – retroattività – limiti di indennizzo – franchigia) |
| Articolo 7  | Nozione di "terzo" o "terzi"   |
| Articolo 8  | Limiti territoriali  |
| Articolo 10 | Esclusioni   |
| Articolo 11 | Responsabilità solidale  |
| Articolo 12 | Condizioni relative al maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento       |
| Articolo 13 | Variazioni del rischio   |
| Articolo 14 | Periodicità e mezzi di pagamento del premio  |
| Articolo 15 | Oneri fiscali  |
| Articolo 16 | Rinnovo automatico   |
| Articolo 18 | Obblighi in caso di sinistro   |
| Articolo 19 | Facoltà di recesso   |
| Articolo 20 | Surrogazione   |

Il Contraente

## GLOSSARIO

(Le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

**Consumatore:**

È la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

**Assicurato**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione:

- (a) il Contraente stesso,
- (b) tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

**Assicuratori**

Lloyd's Insurance Company S.A.

**Broker/Agente di Assicurazioni**

la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

**Danno/Danni**

il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

**Perdite Patrimoniali**

il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

**Mandatario**

l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore.

**Massimale**

la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

**Periodo di Assicurazione**

Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

**Richiesta di risarcimento**

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

**Sinistro**

la richiesta di risarcimento come sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

**Loss Adjuster**

il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.

**Polizza**

il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

**Scheda di Copertura**

i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

**Franchigia**

l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

**Sinistro in serie:**

si considera l'atto che ripetuto più volte produca eventi o effetti suscettibili di più richieste di risarcimento.

**Questionario per la richiesta di quotazione della  
Responsabilità civile del Dentista, odontotecnico e igienista dentale**

**Importante:** Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una Polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella Polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo

**Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)**

- Dentista (senza implantologia)
- Dentista (con implantologia)
- Odontotecnico
- Igienista dentale

**1. INFORMAZIONI GENERALI**

**A) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:**

**Ragione Sociale:** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale / P. IVA:** \_\_\_\_\_

**Data di costituzione:** \_\_\_\_\_

**Allegare elenco persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione completo di data di iscrizione all'albo**

| NOME E COGNOME | SPECIALIZZAZIONE | CODICE FISCALE / PARTITA IVA | SPECIALIZZAZIONE | ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO |
|----------------|------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|
|                |                  |                              |                  |                             |
|                |                  |                              |                  |                             |
|                |                  |                              |                  |                             |
|                |                  |                              |                  |                             |
|                |                  |                              |                  |                             |
|                |                  |                              |                  |                             |

**B) Se il contraente è un dentista/odontotecnico/igienista dentale individuale indicare:**

**Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale / P. IVA:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita / Luogo di nascita:** \_\_\_\_\_

**Iscrizione all'Albo** \_\_\_\_\_

**C) Dati generali:**

**Indirizzo: Via/Piazza/Corso:** \_\_\_\_\_

**C.A.P./Località/Provincia:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail:** \_\_\_\_\_

**N. Telefonico N. cellulare:** \_\_\_\_\_

**Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo** (indicare il massimale richiesto)

| ATTIVITA' SVOLTA    | MASSIMALE                |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | € 250.000,00             | € 500.000,00             | € 750.000,00             | € 1.000.000,00           | € 1.500.000,00           | € 2.000.000,00           |
| SENZA IMPLANTOLOGIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CON IMPLANTOLOGIA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ODONTOTECNICO       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IGIENISTA DENTALE   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Franchigia\*:** per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa minima di € 500,00 o di quanto stabilito nella scheda di polizza.

Indicare se si richiede una franchigia maggiore  € 1.000 (sconto 10%)  € 2.500 (sconto 20%)

**Retroattività\*:**

- 10 anni  
 5 anni (sconto 10%)  
 2 anni (sconto 20%)

**\*N.B. Le riduzioni di premio sopra menzionate sono soggette ad uno sconto massimo cumulativo non superiore al 25% del premio.**

**Garanzie aggiuntive:**

- Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio Euro 180,00 e massimale fisso Euro 1.000.000,00  
 Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento 50%)  
 Rc conduzione dello studio

## 2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

|   |  |
|---|--|
| Il Proponente è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa Polizza? | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se si allegare dettaglio</p> |
| Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni       | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se si allegare dettaglio</p> |

**NB: In caso di almeno una risposta affermativa prego compilare l'allegato 1**

## 3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

|   |  |
|---|--|
| Esiste altra Polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati? | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se si allegare dettaglio</p> |
| Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?  | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se si allegare dettaglio</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>Il Proponente è precedentemente stato assicurato per la RC Professionale?</p> <p>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) Nome degli Assicuratori _____<br/>         Numero di Polizza _____</p> <p>(b) Massimale assicurato € _____</p> <p>(c) Franchigia € _____</p> <p>(d) Data di scadenza _____</p> <p>(e) Numero di anni di copertura precedente continua _____</p> <p>Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati</p> | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>                                       |
| <p>Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?</p>  | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br/>         Se si allegare dettaglio</p> |
| <p>Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?</p>  | <p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br/>         Se si allegare dettaglio</p> |

### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e in caso di studi associati o società a nome di tutti coloro che devono essere assicurati come da elenco allegato:

1. Di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da Terzi
2. Di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
3. Di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
4. Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
5. Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
6. Di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento IVASS n. 5/2006.
7. Di essere in possesso ed aver preso visione del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'IVASS, al quale si chiede l'adesione
8. Trattamento dei dati personali: codice della privacy (art. 13 del d.lgs. N. 196/03) - regolamento europeo 2016/679 e s.m.i: si autorizzano gli Assicuratori e l'Intermediario a far uso di queste informazioni unicamente per la stipulazione/gestione dell'Assicurazione proposta in questo modulo.

**Nome e Cognome/Ragione sociale:** \_\_\_\_\_

**Data** : \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 1**

**SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui al punto 2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

**A) Dati Identificativi dentista/odontotecnico/igienista dentale Proponente:**

COGNOME NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA \_\_\_\_\_

**B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui al punto 2:**

1) Indichi il dentista/odontotecnico/igienista dentale la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento dentistico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_

• Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato **Si**  **No**

• Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%

• Indichi, altresì, il dentista/odontotecnico/igienista dentale eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



D) Stato del sinistro

1) Precisi il dentista/odontotecnico/igienista dentale se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si**  **No**

Se si: Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il dentista/odontotecnico/igienista dentale l'esito dello stesso:

Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_

Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_

Assoluzione

Proscioglimento

Non luogo a procedere

Prescrizione

Amnistia e indulto

Decreto penale di condanna

3) Precisi il dentista/odontotecnico/igienista dentale se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il dentista/odontotecnico/igienista dentale esattamente lo stato attuale dello stesso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**ALLEGATO N°2****NO CLAIMS DECLARATION – DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

**Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.**

*Con la seguente NCD*

*si dichiara*

*che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.*

Data

\_\_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_