

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM
RESPONSABILITA' CIVILE del MEDICO DENTISTA / ODONTOIATRA

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 i Sottoscrittori 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.

The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.

"The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence" (Article 1892 comma I Civil Code).

The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.

1. Tipologia Contraente:

Type of Insured

☐ **Singolo Professionista**

☐ **Studio Odontoiatrico**

Nome e Cognome / Denominazione:

Name

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer

Indirizzo del Proponente

Address of proposer

Città / City _____ **CAP / Post code** _____ **Provincia / Province** _____

- **Data di inizio dell'attività:**

Start date of activity:

_____/_____/_____

- **Data di iscrizione all'albo**

Date registered on professional register

_____/_____/_____

- **Iscritto all'Albo di**

Registration number and place

_____ **Nr** _____

Indirizzo PEC:

Certified Email address:

_____@_____

In caso di Studio Odontoiatrico indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

In the case of a Studio indicate the details for each professional that the policy is intended to insure:

Nome e Cognome	C.F.	Attività svolta	Anno iscrizione Albo	Medicina Estetica (si/no)	Direttore Sanitario (si/no)

2. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Professional Indemnity insurance?

☐ Sì / Yes

☐ No

Se sì, indicare il nome dell'Assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry

Nome Assicuratore

Name of Insurer:

Massimale

Limit of Indemnity: €

Franchigie o Scoperti

Excess or deductible: €

Premio Lordo

Gross Premium: €

Scadenza contratto

Expiry of contract: ____ / ____ / ____

Retroattività

Retroactive period: ____

3. Attività assicurata:

Insured Activity:

☐

Igienista Dentale

☐

Giovane Odontoiatra

☐

Odontoiatra senza Implantologia

☐

Odontoiatra con Implantologia

☐

Franchigia € 2.500 (standard)

☐

Franchigia € 1.500

☐

Franchigia € 500

4. Massimale / Limits of indemnity:

☐

€ 1.000.000 per sx / € 3.000.000 per anno

☐

€ 1.500.000 per sx / € 4.500.000 per anno

☐

€ 2.000.000 per sx / € 6.000.000 per anno

4.1 Retroattività / Retroactivity:

☐

10 anni

☐

illimitata

5. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro il Contraente / Assicurato-i (che si intendono coprire dalla presente assicurazione) negli ultimi 5 anni?

Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured in the last 5 years?

☐

Sì/ Yes

☐

No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del **CIS** (*Claims Information form*)
If yes, please provide all necessary details through the completion of a CIS (Claims Information form)

6. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento?

Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation?

☐

Si / Yes

☐

No

Se sì, fornire dettagli / *If yes, please provide details*

N.B. Le circostanze passate, dichiarate o non dichiarate, non sono da considerarsi coperte dalla presente polizza assicurativa

7. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?

☐

Si / Yes

☐

No

Se sì, fornire dettagli / *if yes please provide details*

8. Garanzie aggiuntive:

☐

Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario

☐

Art. 2.11 – Insuccesso implantare

☐

Art. 2.8 – Consenso Informato

☐

Art. 2.12 – Rimborso compensi

☐

Art. 2.10 – Attività Estetica

☐

Art. 2.13 – Estensione temporale della copertura

9. Nel caso si sia selezionata la garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario, si prega di fornire i seguenti dati sulla Struttura:

Ragione Sociale: _____

Indirizzo: _____ P. Iva: _____

La struttura fa parte di franchising/network e similari?

☐

Si / Yes

☐

No

Ci sono sinistri in capo alla struttura?

☐

Si / Yes

☐

No

Fatturato struttura: € _____

Nr. Professionisti (compreso il direttore sanitario): _____

Altro: _____

10. Si richiede conferma per quanto segue:

10.1 - Il Medico conferma che sarà in regola con il triennio formativo 2023/2025?

☐

Confermo

☐

Non confermo

10.2 - Accettazione Art. 3.3 - Azione diretta / Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

☐

Confermo

☐

Non confermo

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua RC Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- a) of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- b) that the information provided in this module are true and complete
- c) that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to Professional Indemnity cover.
- d) of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 41 del 2018 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information Set created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 41 2010 and composed of: DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date _____

Firma /Signature _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date _____

Firma/Signature _____

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration