



**Sesto. Situazione sinistri**

Negli ultimi 5 anni si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato al Proponente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?		Allegare documentazione a riguardo
Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che, durante la validità del contratto, possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, illustrare la situazione		Allegare documentazione a riguardo
L'assicurato è mai stato soggetto a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine Professionale?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data sanzione:		Allegare documentazione a riguardo
Tipo e Motivo:		

**Settimo. Massimale Assicurativo Richiesto**

Per massimale si intende la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazioni, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

- € 1.000.000,00     € 2.000.000,00     € 3.000.000,00     € 5.000.000,00

**Ottavo. Attività Professionale e Specializzazioni Conseguite**

Specializzazione/i Conseguita/e Attività Professionale esercitata	Data di abilitazione professionale	Richiesta copertura assicurativa	Pratica Atti invasivi	Pratica Piccoli Interventi Chirurgici	Pratica Interventi Chirurgici
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

L'assicurato dichiara di svolgere l'attività come Libero Professionista

- Convenzionato SSN**  
 **Continuità Assistenziale**  
 che esercita l'attività ambulatoriale extramoenia  
 che esercita l'attività in regime libero-professionale in Strutture Sanitarie Pubbliche  
 che esercita l'attività in regime libero-professionale in Strutture Sanitarie Private

L'assicurato dichiara di avere il seguente:  Retribuzione  Fatturato

- Da 0 a 50.000 €     Da 50.001 a 120.000 €     Da 120.001 a 250.000 €     Oltre 250.000€

**Nono. Condizioni aggiuntive (barrare per acquistare le seguenti garanzie, soggette a premio, ove previsto).**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Uno</b> – Atti Invasivi, Diagnostici e Terapeutici   | <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Cinque</b> – Specializzandi  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Due</b> – Piccoli Interventi Chirurgici  | <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Sei</b> – Codici bianchi e/o verdi alla dimissione   |
| <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Tre</b> – Implantologia Dentale  | <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Sette</b> – Consenso Informato   |
| <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Quattro</b> – Copertura a Secondo Rischio. Polizza di primo rischio con massimale minimo di € 1.000.000,00 | <input type="checkbox"/> <b>Cond. Agg. Otto</b> – Medico del lavoro – Medico Competente ai sensi D.Lgs. n. 81 del 09/04/2008 e s.m.i. |

ATTI INVASIVI, DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI	PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI	IMPLANTOLOGIA DENTALE:
Ai fini della presente condizione aggiuntiva per "Atti invasivi, diagnostici e/o terapeutici", si intendono esclusivamente gli atti medici praticati senza accesso a sala operatoria e/o senza ricorso ad anestesia totale e/o spinale, inclusi gli atti medici praticati mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.	Ai fini della presente condizione aggiuntiva per "Piccoli interventi chirurgici" si intendono interventi chirurgici eseguiti a domicilio e/o in ambulatorio senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia totale e/o spinale e comunque diversi da quelli qualificabili come "interventi chirurgici" o "atti invasivi diagnostici e terapeutici"	Ai fini della presente condizione aggiuntiva per implantologia dentale si intende insieme di tecniche atte a riabilitare funzionalmente l'edentulia totale o parziale mediante l'inserimento di dispositivi metallici nell'osso mandibolare o mascellare, che consentono la connessione di protesi, fisse o mobili, per la riabilitazione masticatoria.

### Decimo. Infortuni

Infortuni Professionali e rischio in itinere	Morte	Invalità Permeante da Infortunio	Malattie professionali	Diaria da ricovero da infortunio	Premio Lordo Annuo
<input type="checkbox"/>	€ 104.000,00	€ 104.000,00	Attiva	€ 50,00	€ 80,00

### Undicesimo. Informazioni Aggiuntive

Spazio a disposizione del proponente per fornire ulteriori informazioni, dati o notizie che possano essere utili per l'inquadramento del rischio e per una sua migliore e più precisa valutazione da parte della Società

### Dodicesimo. Dichiarazioni

- 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.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente *Modulo per la raccolta dati* NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante. Se tra la data di compilazione del presente Modulo e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Proponente si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Società.
- Come disposto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 art.58 la verifica dell'adeguatezza del presente contratto è stata effettuata sulla base delle informazioni rese dal Contraente. Il Rifiuto del Contraente di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze.

\_\_\_\_\_

Firma del Proponente/Assicurato

\_\_\_\_\_

Firma dell'intermediario

\_\_\_\_\_

Data

#### 3.1 DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE SÌ NO

Qualora risposto "SÌ" il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

\_\_\_\_\_

Firma del Proponente/Assicurato

\_\_\_\_\_

Firma dell'intermediario

\_\_\_\_\_

Data

#### 3.2 DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA SÌ NO

Qualora risposto "SÌ" il Sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il Sottoscritto Proponente/Assicurato dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Il principale motivo di inadeguatezza è:

\_\_\_\_\_

Firma del Proponente/Assicurato

\_\_\_\_\_

Firma dell'intermediario

\_\_\_\_\_

Data

4. Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia della documentazione di polizza, in conformità a quanto previsto dagli artt. 27 e 28 del Reg. IVASS n. 41/2018, costituito da:
- a) Dip, Dip aggiuntivo;
  - b) Condizioni di Assicurazione;
  - c) Modulo di Proposta;
  - d) Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679;

\_\_\_\_\_

*Firma del Proponente/Assicurato*

\_\_\_\_\_

*Data*

5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di aver ricevuto copia della documentazione conforme ai modelli di cui agli allegati 3 e 4, in conformità a quanto previsto dal Reg. IVASS n. 40/2018.

\_\_\_\_\_

*Firma del Proponente/Assicurato*

\_\_\_\_\_

*Data*

### **Tredicesimo. Conferimento Incarico**

La compilazione del presente Modulo s'intende valida come conferimento d'incarico, anche esplorativo, alla Spett.le ..... al fine di studiare, realizzare e gestire la copertura assicurativa Professionale

\_\_\_\_\_

*Firma del Proponente/Assicurato*

\_\_\_\_\_

*Data*