

Responsabilità civile Poliambulatori e Studi Medici

Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato dal Legale Rappresentante, e di ogni altra informazione o documentazione i Sottoscrittori ritengano necessaria 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.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Attività svolta	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
1.B Ragione sociale	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
1.C Città	<input style="width: 60%;" type="text"/>	1.D Provincia	<input style="width: 10%;" type="text"/>	1.E CAP <input style="width: 10%;" type="text"/>
1.F Indirizzo	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
1.G Codice Fiscale	<input style="width: 15%;" type="text"/>	1.H Partita Iva	<input style="width: 15%;" type="text"/>	
1.I Telefono cellulare del Legale Rappresentante +39	<input style="width: 15%;" type="text"/>	1.J Indirizzo email del Legale Rappresentante	<input style="width: 60%;" type="text"/>	
1.K Sito Web	<input style="width: 70%;" type="text"/>			1.L Anno di costituzione <input style="width: 10%;" type="text"/>

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è stato assicurato per questa tipologia di rischio negli ultimi 5 anni?		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> SI	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> NO
2.B Assicuratori	<input style="width: 250px;" type="text"/>	2.C Massimale	<input style="width: 250px;" type="text"/>
2.D Franchigia per sinistro	<input style="width: 250px;" type="text"/>	2.E Data di scadenza ultima copertura	<input style="width: 250px;" type="text"/>
2.F Franchigia in aggregato	<input style="width: 250px;" type="text"/>	2.G Numero di anni di copertura continua	<input style="width: 250px;" type="text"/>

3. INFORMAZIONI FINANZIARIE

	FATTURATO TOTALE	RETRIBUZIONI TOTALI
Ultimo Esercizio Finanziario completo	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Penultimo Esercizio Finanziario completo	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Stima Esercizio corrente	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Indicare, in percentuale, le fonti di reddito:

Pubblico/ S.S.N.	Pazienti Paganti	Donazioni	Liberi Professionisti che si appoggiano al Proponente	
%	%	%	%	%

4. INFORMAZIONI GENERALI

4.A Il Proponente ammette pazienti incapaci di intendere o volere, o che sono detenuti secondo la legislazione sulla salute mentale?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> SI	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> NO
4.B Il Proponente ammette pazienti le cui medicine, sostentamento e attività quotidiane dipendono dal supporto, totale o parziale, di personale infermieristico?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> SI	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> NO
4.C Il proponente svolge attività/procedure che richiedono l'anestesia generale? In caso di risposta affermativa fornire dettagli	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> SI	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> NO
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
4.D Vengono svolte analisi genetiche e/o prenatali?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> SI	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> NO

5. ESTENSIONI DI COPERTURA

5.A Il Proponente richiede includere in garanzia la responsabilità civile professionale dei liberi professionisti esercenti la professione sanitaria presso/per il Proponente? SI NO

5.B Il Proponente richiede includere in garanzia l'estensione alla Direzione Sanitaria? SI NO

5.C Il Proponente richiede l'estensione di copertura agli interventi invasivi così come definiti all'articolo 7.1 j) del Testo di Polizza?
 Interventi invasivi:
 1) la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori;
 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
 4) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
 5) l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
 6) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee. SI NO

5.D Il Proponente richiede l'estensione di copertura alla Medicina estetica?
 In caso di risposta affermativa compilare la Sezione B SI NO

5.E Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)
 € 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000 € 2.500.000

5.F Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)
 € 2.500 € 5.000 € 7.500 € 10.000 € 15.000 € 20.000

5.G Indicare il numero di anni di **retroattività** richiesti
 Decorrenza 1 Anno 2 Anni 3 Anni 4 Anni 5 Anni 10 Anni

6. SINISTROSITÀ PREGRESSA

6.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni? SI NO

6.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti? SI NO

! In caso di risposta affermativa, compilare il Borderau Sinistri

SEZIONE A

Indicare tutte le **attività/specializzazioni** esercitate all'interno della struttura e/o i reparti ivi presenti ed il relativo numero di personale:

REPARTO/SPECIALIZZAZIONE	MEDICI DIPENDENTI	MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

ALTRO PERSONALE	PROFESSIONISTI SANITARI NON MEDICI DIPENDENTI	PROFESSIONISTI SANITARI NON MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI	PERSONALE NON SANITARIO DIPENDENTE	PERSONALE NON SANITARIO LIBERO PROFESSIONISTA

SEZIONE B

Indicare quali tra i seguenti gruppi di attività inerenti la medicina estetica si desidera includere in copertura:

- Tossina botulinica di tipo A
- Filler temporanei
- Mesoterapia
- Peeling chimici

SI

NO

- Filler semipermanenti
- Microdermoabrasione
- Elettrolisi
- Scleroterapia
- Lavaggio colico

SI

NO

- Filler permanenti
- Riduzione di cellulite
- Trattamento radiofrequenza (solo anestesia locale)
- Rimozione di nei/cisti/fibromi penduli
- Carbossiterapia

SI

NO

- Trattamenti laser per ringiovanimento pelle
- Luce pulsata intensa
- Luce pulsata
- Fotobiomodulazione LED

SI

NO

- Trattamenti per contornatura corpo
- Laserlipolisi
- Lipolisi per dimagrimento (non invasiva)

SI

NO

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente, in qualità di Legale Rappresentante, dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né 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 di questo tipo;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

Firma

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- | | |
|---|---|
| Art. 1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso ad ogni scadenza | Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro |
| Art. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione - Retroattivi | Art. 16 - Franchigie |
| Art. 7 - Esclusioni | Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio |
| Art. 10 - Clausola Medici e/o Sanitari | Art. 22 - Clausola Broker - Forma delle Comunicazioni agli Assicuratori |
| Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni | |

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.

Firma

Data