

Polizza di Assicurazione RC Professionale per MEDICI DENTISTI E ODONTOIATRI
MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 0971 1680031 Per informazioni tel. 0971 1680036

Contraente _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Cod. Fiscale _____ Partita Iva _____

Indirizzo _____

Cap Città residenza _____ Prov. _____ Tel. Abitazione _____ cellulare _____

E-mail _____ Fax _____

Specializzazione* _____

*Sono da considerarsi in copertura anche le eventuali attività riportate nel Modulo di Proposta sottoscritto all'Assicurato, che costituisce parte integrante del contratto

Iscritto all'Ordine di _____ Iscrizione Nr. _____

Polizza infortuni **3Virus** (barrare la risposta scelta):

- Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus con massimale di euro 100.000 – Premio € 25**
- Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus con massimale di euro 200.000 – Premio € 50**
- Rinuncio alla polizza **3Virus**

Aggiungo alla proposta la polizza di **Tutela Legale** allegando il modulo di adesione (barrare la risposta scelta):

- RICHIEDO la polizza di **Tutela Legale con massimale di euro 30.000 – Premio € 170**
- RICHIEDO la polizza di **Tutela Legale con massimale di euro 50.000 – Premio € 220**
- Rinuncio alla polizza di **Tutela Legale**

Odontoiatria senza implantologia:

Massimale : € 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € 3.000.000,00
Retroattività: Senza retroattività 1 Anno Retro Illimitata

Odontoiatria con Implantologia osteointegrata:

Massimale : € 2.000.000,00 € 3.000.000,00
Retroattività: Senza retroattività 1 Anno Retro Illimitata

Richiedo che la polizza abbia effetto _____

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalorVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Dichiaro di aver letto e compreso tutte le condizioni riportate nel contratto di assicurazione e dichiara, altresì, ai sensi e per gli effetti degli art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che la presente proposta forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiaro che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Dichiaro, altresì, di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa.

 **Luogo e data** _____

 _____
(Firma del Contraente)

Consenso privacy - art. 13 D.lgs n. 196/03 – Presto il consenso al trattamento dei dati personali, volontariamente forniti dal sottoscritto, che saranno utilizzati da RCPolizza.it S.r.l.s – Via Domenico di Giura, 79 - 85100 – Potenza, con modalità e procedure, anche informatiche, per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa e possono essere girati ad altri soggetti del settore assicurativo/finanziario con i quali l'intermediario intrattiene o intratterrà rapporti di reciproca collaborazione al fine di: 1) offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione, ivi compresa la gestione e liquidazione dei sinistri; 2) adempimento di obblighi di legge, di regolamenti, di normative comunitarie, di disposizioni eventualmente impartite da organismi di vigilanza e controllo e/o da altre autorità competenti. Il mancato conferimento dei Dati necessari per conseguire le finalità indicate di cui al punto 1 preclude l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo.

 **Luogo e data** _____

 _____
(Firma del Contraente)

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
 Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
 Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
 Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI CONTRAENZA STUDIO PROFESSIONALE

1) Dati del Proponente / Contraente

Nr. Assicurati _____ *

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	CELLULARE		
SITO INTERNET	E-MAIL PEC	E-MAIL	

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

* Per ogni assicurato compilare le due pagine seguenti e la scheda sinistrosità progressa

2) Precedenti assicurativi del Proponente/ Contraente

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
 - È stata disdetta la polizza per sinistro
 - Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
 - È stato rifiutato il rinnovo della polizza



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI CONTRAENZA SINGOLO PROFESSIONISTA

3) Dati del/i Proponente/i / Assicurato/i

COGNOME NOME	CODICE FISCALE		PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE		INDIRIZZO E-MAIL	

4) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

5) Decorrenza Polizza / Massimale richiesto

a) l'eventuale decorrenza di polizza

b) il massimale per sinistro ed anno da assicurare

1 Milione** 2 Milioni 3 Milioni

c) retroattività

nessuna* 1 anno* Illimitata

* Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata.

** Disponibile solo per la categoria di odontoiatria senza implantologia



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

6) Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione)

- A MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA SENZA IMPLANTOLOGIA
- B MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
- C MEDICO DENTISTA E O ODONTOIATRA CON IMPLANTOLOGIA ALTRE METODICHE*
- B MEDICO LEGALE
- C MEDICO NON SPECIALISTA

* Occorre dettagliare le metodiche utilizzate per l'implantologia

7) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

7.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

7.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 7.1 e 7.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

8) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. 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.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente/Contraente _____ Il Proponente/Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Il Proponente/Contraente _____ Il Proponente/Assicurato _____

Luogo e data della sottoscrizione _____, li / / _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE / ASSICURATO ¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 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 medico 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 medico 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 medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

Se si: **SI** **NO**

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 7.1. e 7.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici Dentisti e Odontoiatri Iscritti a CSMM Centro Studi Medical Malpractice

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro progressivo si sia concluso**, indichi il medico 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 medico se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attore e 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 medico 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 AmTrust Europe Limited.

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: _____

