

**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: _____

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

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? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio |
| Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio |

| | |
|---|--|
| <p>Il Proponente è precedentemente stato assicurato per la RC Professionale? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) Nome degli Assicuratori _____ 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>Si <input type="checkbox"/> No <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>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
