Modulo per la raccolta dati ai fini del rilascio di una proposta per l'Assicurazione RC Professionale Medici

Ha valore di DICHIARAZIONE PRECONTRATTUALE e, nel caso di stipula, si intende acquisito quale parte integrante del contratto. Si raccomanda la compilazione a cura del Proponente del Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto, che si allega al presente Modulo e che ne costituisce parte integrante.

Primo. Avviso importante

I. **Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbero dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.)**.

II. **Tutti i fatti e le circostanze rilevanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio per l'Assicurato in caso di sinistro**.

III. Il presente *Modulo per la raccolta dati* deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.

IV. **L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia rende 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 di 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del periodo di assicurazione**.

V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato, fatto salvo quanto previsto all'art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione di Responsabilità Civile Professionale – "VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE", con riferimento al periodo di tolleranza concesso all'Assicurato.

Secondo. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato:

COGNOME		NOME	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
ISCRITTO ALL'ALBO DI	DATA	N° ISCRIZIONE	CODICE FISCALE /PARTITA I.V.A.
Indirizzo Alternativo per la Corrispondenza		Indicare se trattasi di ☐ Studio ☐ Casa ☐ Altro	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.

Terzo. Informazioni importanti per la regolare gestione del contratto e dei sinistri

Indicare di seguito gli indirizzi ed i recapiti che la Società potrà utilizzare per contattare l'Assicurato:

PEC	E Mail	
Telefono Studio	Telefono Casa	Telefono Cellulare
Altro		

Quarto. Altre assicurazioni

Indicare di seguito:
(i) i dati delle eventuali altre polizze a copertura in tutto o in parte del medesimo rischio coperto dalla polizza oggetto della presente proposta
(ii) in caso di esistenza di altre polizze, specificare se si tratta di coperture a primo rischio o a secondo rischio.

Quinto. Precedenti Assicurativi

Negli ultimi 5 anni il proponente ha o ha avuto in corso una copertura assicurativa di Responsabilità civile per l'attività esercitata? Si ☐ No ☐

Compagnia	Massimale di Polizza:	Periodo di Assicurazione	Premio ultima annualità:
		Dal .al	

Il Proponente ha avuto annullate polizze di Responsabilità Civile professionale? Si ☐ No ☐

Compagnia	Data:	Motivo Annullamento

Il Proponente ha presentato richieste di preventivo ad altre Compagnie di assicurazione per i medesimi rischi? Si ☐ No ☐

A quale Compagnia	Con quale esito

AIG EUROPE LIMITED - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano Tel: +39 02 36901,
Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051
Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260
Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479

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 ☐ No ☐
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 ☐ No ☐
In caso affermativo, illustrare la situazione	Allegare documentazione a riguardo

L'assicurando è mai stato soggetto a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine Professionale?		Si ☐ No ☐
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

Settimo. 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 ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

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

☐ che esercita l'attività ambulatoriale extramoenia
Nome Struttura: _____

☐ che esercita l'attività in regime libero-professionale in Strutture Sanitarie Pubbliche
Nome Struttura Sanitaria Pubblica: _____

☐ che esercita l'attività in regime libero-professionale in Strutture Sanitarie Private
Nome Struttura Sanitaria Privata: _____

☐ Convenzionato SSN

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€

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

☐ **Cond. Agg. Uno** – Atti Invasivi, Diagnostici e Terapeutici

☐ **Cond. Agg. Due** – Piccoli Interventi Chirurgici

☐ **Cond. Agg. Tre – I**mplantologia Dentale

☐ **Cond. Agg. Quattro –** Copertura a Secondo Rischio**.** Polizza di primo rischio con massimale minimo di € 1.000.000,00

☐ **Cond. Agg. Cinque –** Specializzandi /Tirocinanti

☐ **Cond. Agg. Sei –** Codici bianchi alla dimissione

☐ **Cond. Agg. Sette –** Retroattività (riduzione a 3 anni)

☐ **Cond. Agg. Otto –** Consenso Informato

☐ **Cond. Agg. Nove –** 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.

Nono. 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

AIG EUROPE LIMITED - AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2 - REPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano Tel: +39 02 36901,
Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051
Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260
Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479

Decimo. Premio - Periodicità e mezzi di pagamento del premio

La Polizza ha effetto dalla data e per il periodo ivi indicato.
Il Premio è dovuto con periodicità annuale.
I mezzi di pagamento del Premio consentiti dalla Società sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario la Società oppure l'intermediario da quest'ultima incaricato, espressamente in tale qualità.
Ai sensi dell'art. 1901 c.c., l'Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di Premio entro 30 giorni dall'inizio del Periodo di Polizza; se l'Assicurato non corrisponde il Premio, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di pagare il Premio.
Se l'Assicurato non paga il Premio per le rate successive entro il trentesimo giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattuali successive.

Undicesimo. Dichiarazioni

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 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, per l'eventuale revisione della stessa.**
3. **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 — *Data*

4. **Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo, in conformità a quanto previsto dall'art. 32 del Reg. IVASS n. 35 del 26/05/2010, costituito da:**
   a) **Nota Informativa , comprensiva del Glossario;**
   b) **Condizioni di Assicurazione;**
   c) **Modulo di Proposta;**
   d) **Informativa sul Trattamento dei Dati Personali**

Firma del Proponente/Assicurato — *Data*

5. **Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto copia della documentazione conforme ai modelli di cui agli allegati nn. 7A e 7B, in conformità a quanto previsto dall'art. 49, comma 3, del Reg. IVASS n. 5 del 16/10/2006.**

Firma del Proponente/Assicurato — *Data*

6. **TUTELA DEI DATI PERSONALI - Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati comuni e sensibili.**

   Il Contraente, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 (All. C del Fascicolo Informativo) ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e sensibili esprime il consenso
   1. al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (3) e(4) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto (4) dell'informativa, in relazione alle finalità come individuate nell'informativa stessa.
   2. al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (36) e (4)d al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al par. punto 2 (Tipologia di informazioni raccolte dalla nostra Società e utilizzo possibile delle stesse), lettere c) e g) dell'informativa stessa.

Firma del Proponente/Assicurato — *Data*

Cognome e Nome Leggibile

Dodicesimo. 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*

AIG EUROPE LIMITED - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano Tel: +39 02 36901,
Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051
Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260
Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479