

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax +39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAOMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE E/O DEL MEDICO CONVENZIONATO E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

| | | |
|--|--|--|
| Che tipo di attività svolge (Crocettare) | Medico Generico – di Base | |
| | Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici | |
| | Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi | |
| | Anestesista/Rianimatore | |
| | Medico che pratica la chirurgia | |
| | Medico ortopedico che pratica la chirurgia | |
| | Medico che pratica la chirurgia estetica | |
| | Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia | |
| | Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia | |
| | Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto | |
| Specializzando (formula Young) | | |

| | | |
|---|--|--|
| L'attività descritta come: (Crocettare) | Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extraomoenia | |
| | Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extraomoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata | |
| | Medico Dipendente di struttura privata | |
| | Medico Convenzionato con il S.S.N. | |
| | Medico Dipendente di struttura pubblica | |

| | | |
|--|--|--|
| L'attività descritta viene svolta presso: | Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista) | Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata) |
| | 1. | |
| | 2. | |
| | 3. | |

| | | | | |
|--|-----------|--|-----------|--|
| detiene polizze in corso per il medesimo rischio? | Sì | | No | |
|--|-----------|--|-----------|--|

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilanese@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 I.v.

| | | |
|--|--|-----------|
| <u>è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?</u> | <u>Sì</u> | <u>No</u> |
| | <u>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</u> | |

| | | |
|--|---|--|
| <u>L'esigenza di copertura è determinata da:</u> (Crocettare) | Obblighi di Legge | |
| | Impegni Contrattuali | |
| | Personali esigenze di prevenzione del rischio | |
| | Altro (descrivere) | |

Firma (leggibile) dell'Assicurando



DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto.

Firma (leggibile) dell'Assicurando

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
 Telefono +39 059 7479111 – Telefax +39 059 7479112 – PEC: assicuratrice@legalmail.it
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato
 del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
 Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi
 al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

RCP Medico libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e attività svolta in regime libero professionale all'interno di strutture pubbliche, accreditate o private e/o del medico convenzionato S.S.N.

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale
 Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attesa ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

ASSICURANDO

| | |
|--------------|----------------------|
| Cognome Nome | Codice fiscale |
| Indirizzo | Iscritto all'albo di |
| | Dal |

ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

| | | | |
|---|--|-------------|---------|
| L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocettare) | Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia | | |
| | Medico convenzionato S.S.N. | | |
| | Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso crocettare sotto) | | |
| | Publiche | Accreditate | Private |

| Con la seguente specializzazione | Con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettare) | | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| | 500.000 | 750.000 | 1.000.000 | 1.500.000 | 1.750.000 | 2.000.000 2.500.000 |
| Medico Generico – di Base | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | |
| Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | |
| Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | |
| Anestesista/Rianimatore | NON PRESTABILE | NON PRESTABILE | | NON PRESTABILE | | |
| Medico che pratica la chirurgia | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | NON PRESTABILE |
| Ortopedico che pratica la chirurgia | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | NON PRESTABILE |
| Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | NON PRESTABILE | RISCHIO DI DIREZIONE |
| Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | RISCHIO DI DIREZIONE | NON PRESTABILE | RISCHIO DI DIREZIONE |
| Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto | | NON PRESTABILE | | | NON PRESTABILE | NON PRESTABILE |

| ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA – DURATA CONTRATTUALE | VARIAZIONI DI PREMIO | Crocettare |
|--|--|--------------|
| Estensione P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA attraverso il pagamento di un premio maggiorato | del 25% del premio di tariffa con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio | |
| In alternativa a quanto sopra Estensione P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al N.B. La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto. | <ul style="list-style-type: none"> 200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete 250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete 300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete 400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa Del premio corrisposto per l'ultima annualità con esclusione dei Medici e degli ortopedici che praticano la chirurgia per i quali non è prevista alcuna maggiorazione di premio | |
| Limitazione FORMULA YOUNG – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young". | Premio annuo lordo di polizza Euro 265 Massimale prestato di Euro 2.000.000 | |
| Estensione Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG) | Aumento del 100% del premio di tariffa | |
| Clausola di INDICIZZAZIONE | | |
| Scelta della DURATA CONTRATTUALE | Annuale | Quinquennale |

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax +39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato
del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi
al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Ovvero l'assicurando è a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?

SI NO

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?
Se SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?

Se SI, indichi il massimale

Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

Data

firma dell'Assicurando

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validità 30 giorni dalla data sopra indicata.

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEGNI BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500 E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL:

- 10% PER TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI INDICATE NEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, SALVO
- 15% PER IL MEDICO SPECIALISTA CON O SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
- 5% PER IL MEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA
- 5% PER L'ORTOPEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE - ADEGUATEZZA
- INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO _____

DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO _____

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) - ITALIA - Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 - Telefax +39 059 7479112 - PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) - Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 - Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 - C. Fiscale e P. I. 02983670361 - Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO

EVIDENZIARE SE:

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

O

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 9 DEL REGOLAMENTO UE N.° 2016/679

| | | |
|-------------------|----------------------|--|
| ANAGRAFICA | Il/La sottoscritto/a | |
| | Nato/a a | |
| | Residente a | |

Preso visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del GDPR, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

- Al trattamento delle categorie particolari di dati¹ (ex art. 9 del GDPR) per le finalità di cui al paragrafo 2.A dell'informativa (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge)

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Il mancato conferimento o la revoca del consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità contrattuali e di legge comportano l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.

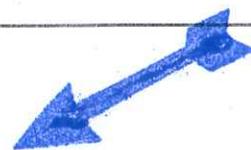
- Al trattamento dei dati personali (ivi comprese le categorie particolari di dati) per le finalità di cui al paragrafo 2.B dell'informativa)

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare**
 ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze**
 ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

San Cesario sul Panaro, il

Firma



¹ Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.