ASSIMEDICI
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

una storia che continua...

QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA

STRUTTURE SANITARIE

MODULO RACCOLTA DATI Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Ragione sociale contraente polizza_____
Indirizzo _____
Cap_____**Città**_____**Pv**_____
Tel._____**Fax**_____
E-mail _____
Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Partita Iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Descrizione attività_____

Numero personale medico e non medico operante a qualsiasi titolo_____

Direttore Amministrativo _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Direttore Sanitario _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Responsabile Coperture Assicurative _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Effetto |___|__|___|__|_____| Scadenza |___|__|___|__|_____|

Il Proponente_____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

Il Proponente _____

Il Proponente dichiara 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.Il Proponente dichiara pertanto di avere ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

Luogo e data _____|___|___|_____|

Il Proponente _____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso:

le Compagnie del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Allegato alla lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi informiamo che le Compagnie sotto riportate sono da noi già state contattate direttamente e o per il tramite di altro intermediario

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vi comunichiamo pertanto di non richiedere analoga quotazione presso le sopra indicate compagnie.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Furness Underwriting

Coverholder at LLOYD'S

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

1.B Ragione sociale

1.C Città | 1.D Provincia | 1.E CAP

1.F Indirizzo

1.G Codice Fiscale | 1.H Partita Iva

1.I Telefono cellulare del Legale Rappresentante +39 | 1.J Indirizzo email del Legale Rappresentante

1.K Sito Web | 1.L Anno di costituzione

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è stato assicurato per questa tipologia di rischio negli ultimi 5 anni? SI NO

2.B Assicuratori | 2.C Massimale

2.D Franchigia per sinistro | 2.E Data di scadenza ultima copertura

2.F Franchigia in aggregato | 2.G Numero di anni di copertura continua

3. INFORMAZIONI FINANZIARIE

	FATTURATO TOTALE	RETRIBUZIONI TOTALI
Ultimo Esercizio Finanziario completo		
Penultimo Esercizio Finanziario completo		
Stima Esercizio corrente		

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? SI NO

4.B Il Proponente ammette pazienti le cui medicine, sostentamento e attivitá quotidiane dipendono dal supporto, totale o parziale, di personale infermieristico? SI NO

4.C Il proponente svolge attività/procedure che richiedono l'anestesia generale? SI NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli

4.D Vengono svolte analisi genetiche e/o prenatali? SI NO

5. ESTENSIONI DI COPERTURA

5.A Il Proponente richiede includere in garanzia la responsabilitá 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 cosí come definiti all'articolo 7.1 j) del Testo di Polizza? SI NO

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.

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

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. SINISTROSITÁ 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 nè gli Assicuratori nè 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. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione - Retroattiv
Art. 7 - Esclusioni
Art. 10 - Clausola Medici e/o Sanitari
Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni
Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro
Art. 16 - Franchigie
Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio
Art. 22 - Clausola Broker - Forma delle Comunicazioni agli Assicuratori

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

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

  **(ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").*

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Roma - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001