

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICO ESTETICO

Medico abilitato con estensione all'attività di Medicina estetica

da inviare a mezzo E-mail a info@assimedicini.it Per informazioni tel. 02.91.98.33.11

Contraente

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

Tel. Abitazione

Cellulare

E-mail

Fax

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Data di nascita | | | | | | | | | | | | | | | |

Prov.

Iscritto all'Ordine di

Iscrizione Nr.

Specializzazione:

Retroattività: 10 anni

Massimale: ☐ € 1.000.000/€ 3.000.000 ☐ € 2.000.000/€ 6.000.000

Soluzione ☐ Light ☐ Silver ☐ Gold

Effetto | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ Desidero ricevere una FAD con 30 crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy

☐ **Aggiungo** la Tutela Legale senza attività invasive e chirurgiche € 120,00

☐ **Rinuncio** alla Tutela Legale

☐ **Aggiungo** la Polizza Aggressioni Silver € 20,00

☐ **Rinuncio** alla Polizza Aggressioni

☐ **Aggiungo** la Polizza Aggressioni Gold € 30,00

☐ **Aggiungo** la Polizza Penta Virus € 30,00 (Capitale Assicurato € 100.000,00)

☐ **Rinuncio** alla Polizza Penta Virus

☐ **Aggiungo** la Polizza Penta Virus € 55,00 (Capitale Assicurato € 200.000,00)

☐ **Aggiungo** la Polizza Rischio Cyber € 60,00

☐ **Rinuncio** alla Polizza Rischio Cyber

IMPORTO TOTALE

€

☐ **Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:**

Bonifico bancario: BANCO BPM C/C intestato

ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. | | | | | | | | | | | | | | | |

Scad. | | | | | / | | | | | CVV* | | | | |

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

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 sinistri anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, 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 e assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione, il ____/____/____

Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

Medico Scudo Professionale Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari 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. CONDIZIONI DI POLIZZA

1.A Indicare le **specializzazioni NON INVASIVE/NON CHIRURGICHE conseguite e/o attività esercitate** dal Proponente o quelle per le quali sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

Allergologia e Immunologia clinica	☐	Malattie dell'apparato cardiovascolare	☐	Neurofisiopatologia	☐
Anatomia patologica	☐	Malattie dell'apparato digerente	☐	Neurologia	☐
Andrologia	☐	Malattie dell'apparato respiratorio	☐	Neuropsichiatria	☐
Angiologia e Flebologia	☐	Malattie infettive	☐	Oculistica / Oftalmologia	☐
Audiologia	☐	Medicina del lavoro	☐	Oncologia e senologia	☐
Biochimica e chimica clinica	☐	Medicina dello sport	☐	Otorinolaringoiatria	☐
Biologia	☐	Medicina di base	☐	Patologia Clinica	☐
Cardiologia	☐	Medicina di comunità	☐	Pediatria senza neonatologia	☐
Dermatologia-Venereologia	☐	Medicina d'urgenza	☐	Pneumologia	☐
Diabetologia e malattie del metabolismo	☐	Medicina fisica e riabilitazione	☐	Psichiatria	☐
Ematologia e Medicina Trasfusionale	☐	Medicina generale	☐	Psicologia Clinica	☐
Endocrinologia e malattia del ricambio	☐	Medicina interna	☐	Radiodiagnostica (no mammografia)	☐
Epatologia	☐	Medicina legale	☐	Radiodiagnostica con mammografia	☐
Farmacologia	☐	Medicina Nucleare	☐	Radioterapia	☐
Fisica Medica	☐	Medicina Termale	☐	Reumatologia	☐
Gastroenterologia	☐	Medicina tropicale	☐	Scienze dell'alimentazione	☐
Genetica Medica	☐	Medicine non convenzionali e osteopatiche	☐	Statistica Sanitaria e Biometria	☐
Geriatría	☐	Medico abilitato non specializzato	☐	Terapia del dolore e cure palliative	☐
Igiene e medicina preventiva	☐	Microbiologia/Virologia	☐	Urologia	☐
Immunologia	☐	Nefrologia	☐		

1.B Indicare le **specializzazioni INVASIVE/CHIRURGICHE conseguite e/o attività esercitate** dal Proponente o quelle per le quali sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

Andrologia Invasiva	☐	Endocrinochirurgia	☐
Anestesia, rianimazione e terapia inten	☐	Gastroenterologia Invasiva	☐
Angiologia e Flebologia Invasiva	☐	Medicina Estetica	☐
Cardiochirurgia	☐	Nefrologia Invasiva	☐
Cardiologia Invasiva	☐	Oculistica / Oftalmologia Invasiva	☐
Chirurgia addominale	☐	Oculistica / Oftalmologia con Chirurgia elettiva/estetica	☐
Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso	☐	Ortopedia	☐
Chirurgia della mano	☐	Ortopedia e Traumatologia esclusi Interventi Spinali	☐
Chirurgia Generale	☐	Otorinolaringoiatria esclusa Chirurgia elettiva/estetica	☐
Chirurgia Maxillo facciale con Chirurgia elettiva/estetica	☐	Otorinolaringoiatria inclusa Chirurgia elettiva/estetica	☐
Chirurgia Maxillo Facciale esclusa Chir	☐	Pediatria	☐
Chirurgia pediatrica	☐	Terapia del dolore e cure palliative Invasiva	☐
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva con Chirurgia elettiva/estetica	☐	Urologia Invasiva	☐
Chirurgia Ricostruttiva	☐		
Chirurgia toracica	☐		
Chirurgia vascolare	☐		

1.C **Retroattività** (minimo 10 anni ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24)

1.D Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 1.000.000 / 3.000.000	☐	€ 3.000.000 / 6.000.000	☐
€ 2.000.000 / 6.000.000	☐	€ 5.000.000 / 6.000.000	☐

1.E Tacito Rinnovo

SI

2. ESTENSIONI DI COPERTURA

2.A Il Proponente desidera includere in copertura la garanzia **"Responsabilità solidale"**? (sempre inclusa ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24)

SI

2.B Il Proponente si avvale di prestatori d'opera per cui vige l'obbligo di contratti assicurativi per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera come da art. 4 c. 4 del Decreto n. 232/2023?

SI

NO

2.C Il Proponente dichiara che l'attività libero professionale oggetto della presente copertura è svolta **esclusivamente** in nome e per conto di una Struttura sanitaria Pubblica e/o Privata, in assenza di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente come da art. 7 comma 3 della Legge n. 24/2017?

SI

NO

In caso di risposta affermativa:

2.C.1 Il Proponente ha mai lavorato come libero professionista e/o come convenzionato presso strutture sanitarie private prima del 01/04/2017?

SI

NO

2.C.2 Il Proponente ha mai agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente come da art. 7 comma 3 della Legge n. 24/2017?

SI

NO

2.D Il Proponente desidera includere in garanzia la possibilità di notificare qualsiasi fatto o circostanza da cui ritiene possano derivare **Sinistri** a termini della presente copertura assicurativa) (n.b. tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come **Sinistro**)

SI

NO

2.E Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti da inadeguatezza/insufficienza del **Consenso informato**?

SI

NO

2.F Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività Invasiva Lieve** così come da **Definizioni di polizza**? Garanzia disponibile per le **specializzazioni conseguite e/o attività esercitate NON INVASIVE/ NON CHIRURGICHE**

SI

NO

2.G Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività di Medicina Estetica** appartenenti alla **Categoria 1**?

SI

NO

Categoria 1: Filler (incluso filler labiale); Seffiller; Seffgyn; Tossina botulinica - Botox; Peeling chimico; Mesoterapia; Microdermoabrasione; Trattamenti laser non invasivi (a titolo semplificativo e non limitativo: per epilazione, resurfacing cutaneo e/o dermatologico e/o diatermoablazione ecc.); Radiofrequenza; Radiofrequenza con aghi in oro (Morpheus 8); Carbossiterapia; Drenaggio linfatico; Pressoterapia; Cavitazione medica; Scleroterapia; Dermopigmentazione; Criolipolisi; Iniezioni di PRP (plasma ricco di piastrine) e terapia rigenerativa; Biostimolazione cutanea autologa e lipofilling con gel piastrinico; Ozonoterapia e Ossigenoterapia sia estetica che terapeutica; Peeling cutanei superficiali, medi e profondi; Trattamento chimico fisico di teleangectasie e rami reticolari; Fili di biostimolazione riassorbibili; Fili di trazione - fili di sostegno riassorbibili; Needling; Intralipoterapia; Utilizzo della ialuronidasi; LESC (es. lipo emulsione cutanea); Tecnologia HIFU; Elettroporazione; Tecnologia al plasma e per la sublimazione dermica (es. Plexer, EAST, etc...); Acido ialuronico; Laser Co2 frazionato; Inmode body e face tite; Somministrazione di vitamine; Biostimolazione con acido nucleico (PDRN); Fototerapia; Camouflage; Carbon Peel Laser; Endolift; Trusculpt Flex; Icoone Laser Medicale; Lasemd; Rivitalizzazione.

2.H Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività di Medicina Estetica** appartenenti alla **Categoria 2**?

SI

NO

Categoria 2: L'insieme delle attività definite dalla "MEDICINA ESTETICA – CATEGORIA 1" con l'aggiunta di: Blefaroplastica non chirurgica (mediante radiofrequenza, plasma o laser frazionato); Carbossiterapia per tricologia; Biostimolazione tricologica; Trattamenti laser endovenosi; Rimozione laser tatuaggi; Q-switch per tutti gli usi consentiti; Fleboterapia rigenerativa tridimensionale (TRAP); Laser medicali e altre tecnologie elettromedicali per stimolazione lipolitica esterna o lipoclasia mediante fibra ottica e altre tecnologie elettrotiche; Laser lipolisi; IPL "Intense Pulsed Light" Laser Vascolari; Laser Vascolari - Laser endovenosi; Rimozione o cauterizzazione di lesioni cutanee non neoplastiche (es. cisti, verruche, angiomi, lipomi), anche funzionale mediante l'utilizzo di laser, bisturi o elettrobisturi in anestesia locale; Asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epitelomi, e melanomi, anche funzionale mediante l'utilizzo di laser, bisturi o elettrobisturi in anestesia locale.

2.I Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività di Medicina Estetica Light** come da **Definizioni di polizza**? Garanzia disponibile per le **specializzazioni conseguite e/o attività esercitate NON INVASIVE/ NON CHIRURGICHE**

SI

NO

3. SINISTROSITÀ PREGRESSA

3.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

3.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 CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

4. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

4.A Nome		4.B Cognome	
4.C Città		4.D Provincia	
4.E CAP			
4.F Indirizzo			
4.G Codice Fiscale		4.H Partita Iva	
4.I Telefono cellulare +39		4.J Indirizzo email	
4.K Anno di prima iscrizione all'Ordine Professionale			

5. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

5.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	SI	NO
5.B Assicuratori		5.C Data di scadenza ultima copertura
5.D Franchigia		5.E Massimale
5.F Numero di anni di copertura continua		5.G Data di retroattività

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né 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 relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;
- f) che, se tra la data della compilazione del presente questionario e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o dare conferma di copertura.

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 - Dichiarazioni dell'Assicurato | Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività) | Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro |
| Art. 10 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione Claims Made - 10.1) | Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Art. 10 - Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI (10.3) | Art. 23 - Clausola Broker/Agente |
| Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione | Art. 24 - Clausola Bonus Malus |

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

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 indagini 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