

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Contraente				
Indirizzo				
Cap	Città	Prov.		
Tel. Abitazione		Cellulare		
E-mail		Fax		
Cod. Fiscale				
Partita IVA				
Data di nascita		Luogo di nascita		Prov.
Iscritto all'Ordine di			Iscrizione Nr.	
Specializzazione:				
Retroattività: 10 anni				
Massimale: <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00				
Effetto		Scadenza		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy				
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Tutela Legale senza attività invasive e chirurgiche € 120,00				
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Tutela Legale con attività invasive e chirurgiche € 160,00				
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Tutela Legale				
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Polizza Aggressioni Silver € 20,00		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza Aggressioni		
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Polizza Aggressioni Gold € 30,00				
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Polizza 3Virus € 25,00 (Massimale € 100.000,00)		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza 3Virus		
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Polizza 3Virus € 50,00 (Massimale € 200.000,00)				
<input type="checkbox"/> Aggiungo la Polizza Rischio Cyber € 60,00		<input type="checkbox"/> 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 sinistro 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 ed 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 1 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	<input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>
Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
Andrologia	<input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria	<input type="checkbox"/>
Angiologia e Flebologia	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Oculistica / Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Audiologia	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	Oncologia e senologia	<input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>
Biologia	<input type="checkbox"/>	Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Patologia Clinica	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Medicina di comunità	<input type="checkbox"/>	Pediatria senza neonatologia	<input type="checkbox"/>
Dermatologia- Venereologia	<input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Pneumologia	<input type="checkbox"/>
Diabetologia e malattie del metabolismo	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/>	Psichiatria	<input type="checkbox"/>
Ematologia e Medicina Trasfusionale	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Psicologia Clinica	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattia del ricambio	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica (no mammografia)	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica con mammografia	<input type="checkbox"/>
Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Medicina Nucleare	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Fisica Medica	<input type="checkbox"/>	Medicina Termale	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Scienze dell'alimentazione	<input type="checkbox"/>
Genetica Medica	<input type="checkbox"/>	Medicine non convenzionali e omeopatiche	<input type="checkbox"/>	Statistica Sanitaria e Biometria	<input type="checkbox"/>
Geriatrica	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato	<input type="checkbox"/>	Terapia del dolore e cure palliative	<input type="checkbox"/>
Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>	Microbiologia/Virologia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>		

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

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; Seffigyn; 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; Needing; 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.

 SI NO

 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?**

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.

 SI NO

 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 PROGESSA

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	<input type="text"/>	4.B Cognome	<input type="text"/>
4.C Città	<input type="text"/>	4.D Provincia	<input type="text"/>
4.E CAP	<input type="text"/>		
4.F Indirizzo	<input type="text"/>		
4.G Codice Fiscale	<input type="text"/>	4.H Partita Iva	<input type="text"/>
4.I Telefono cellulare +39	<input type="text"/>	4.J Indirizzo email	<input type="text"/>
4.K Anno di prima iscrizione all'Ordine Professionale	<input type="text"/>		

5. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

5.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
5.B Assicuratori	<input type="text"/>	5.C Data di scadenza ultima copertura	<input type="text"/>
5.D Franchigia	<input type="text"/>	5.E Massimale	<input type="text"/>
5.F Numero di anni di copertura continua	<input type="text"/>	5.G Data di retroattività	<input type="text"/>

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 Stefano, 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

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.assimedi.it E-mail info@assimedi.it PEC info@assimedi.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

