



**Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**
**1) Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)**

ATTIVITÀ SVOLTA	MASSIMALE						
	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000 (Riservato direzione)	€ 2.000.000 (Riservato direzione)	Altro (Riservato direzione) € _____
SENZA IMPLANTOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CON IMPLANTOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODONTOTECNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENISTA DENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEOLAUREATO (SENZA IMPLANTOLOGIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2) Franchigia\*:** per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa minima di **€ 500,00** (In assenza di sinistri e/o circostanze note). Indicare se si richiede una franchigia maggiore (Sconto applicabile in assenza di sinistri e/o circostanze note)  € 1.000 (sconto 10%)  € 2.500 (sconto 20%)

**3) Retroattività\*** (indicare la retroattività richiesta):

10 anni

5 anni (sconto 10%)

2 anni - se la data di iscrizione all'albo è inferiore, data iscrizione albo (sconto 20%)

**\*N.B. Le riduzioni di premio sopra menzionate sono soggette ad uno sconto massimo cumulativo non superiore al 25% del premio, in assenza di sinistri e/o circostanze note.**

**4) Garanzie aggiuntive:**

a) Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio € 180,00 e massimale fisso € 1.000.000,00

b) Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 75% - estensione soggetta a verifiche)

**Si tratta di RSA?** Sì  No

Indicare **Struttura/e Sanitaria/e** presso la/e quale/i svolge l'attività di Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (Nome/i, indirizzo/i) e **data inizio incarico:**

c) Rc conduzione dello studio - Numero sedi per il quale si richiede copertura: \_\_\_\_\_  
massimale € 250.000,00 scoperto 10% min. € 1.000,00 (aumento minimo € 350)

d) Filler (aumento 50%) – botulino/botox esclusi

e) Estensione territoriale Unione Europea (aumento 20%)

**5) È richiesta la polizza Tutela legale:** Sì  No

**a) Tipologia di copertura:**

COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) con libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti

COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) senza libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti

**b) Massimale richiesto:**

€5.000  €10.000  €15.000  €20.000  €25.000  altro massimale € \_\_\_\_\_ (richiesta direzionale)

**c) Estensioni richieste:**

Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 20%)

Colpa grave (aumento 20%) *dipendente pubblico presso l'Ente/Struttura*

Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo (12 mesi in luogo dei 6 contrattualmente previsti) (aumento 20%)

**6) Modalità di rinnovo: Tacito** Sì  No

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 5)**

1) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Rc professionale e/o tutela legale)?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
2) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> negli ultimi 5 anni (Rc professionale e/o tutela legale)?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
3) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
4) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

**Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

1) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Rc professionale e/o tutela legale? Se Sì fornire dettagli _____ _____	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>RC Professionale</b> ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
3) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>Tutela Legale</b> ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

**DICHIARAZIONE**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
- Di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

**ALLEGATO 1****SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto alla Sezione D (1-2-3-4) della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

**A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alla Sezione D:**

1) Indichi il dentista/odontotecnico/igienista dentale la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente alla Sezione D del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Procedimento penale
- Procedimento amministrativo
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

**B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo**

- Data Ricezione Della Notifica \_\_\_\_\_
- Et  del paziente: \_\_\_\_\_  Data dell'evento: \_\_\_\_\_  Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento dentistico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato: **Si**  **No**
- Percentuale di invalidit  attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altres , il dentista/odontotecnico/igienista dentale eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C) Stato del sinistro**

1) Precisi il dentista/odontotecnico/igienista se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si**  **No**

Se si: Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il dentista/odontotecnico/igienista l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il dentista/odontotecnico/igienista se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

---

---

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il dentista/odontotecnico/igienista esattamente lo stato attuale dello stesso:

---

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---