

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora il Contraente/Assicurato non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non adeguato" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dal Contraente/Assicurato.

Informazioni anagrafiche del Contraente

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Persona Giuridica: Ragione sociale _____
 Codice Fiscale _____ P. IVA _____
 Professione/Attività lavorativa _____
 Oggetto sociale _____
 Residenza/Sede legale _____
 Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

Informazioni anagrafiche dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Codice Fiscale _____ P. IVA _____
 Professione/Attività lavorativa _____
 Residenza/ _____
 Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

Esigenze assicurative dell'Assicurato

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

Obblighi di legge/Impegni contrattuali Assenza di obblighi di legge/Assenza di impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

Lavorativo Extra-lavorativo

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'attività professionale medica? Sì NO
- il potenziale Assicurato è iscritto ad un "Ordine provinciale dei Medici Chirurghi"? Sì NO
- il potenziale Assicurato **NON** è iscritto ad un "Ordine provinciale degli Odontoiatri"? Sì NO
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Claims made**, volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività decennale? Sì NO

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1, 2, 3 e 4 allora **prodotto non adeguato**

- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Libero professionale medica svolta attualmente? Sì NO
- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività Libero professionale medica svolta nel passato e attualmente cessata? Sì NO

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ai punti 5 o 6 allora **prodotto non adeguato**

Per quanto selezionato ai punti 5 e 6, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

- | | |
|--|---|
| 7. un periodo di retroattività decennale o illimitato? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 8. l'estensione di garanzia Medicina estetica? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 9. l'estensione di garanzia Attività invasive minore? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 10. l'estensione di garanzia Attività invasive e mezzi di soccorso)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 11. la garanzia aggiuntiva opzionale Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 12. la garanzia aggiuntiva opzionale Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |
| 13. la garanzia aggiuntiva opzionale Omesso adempimento Crediti ECM? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO |

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" al punto 5 e "Sì" al punto 6, allora le **estensioni di garanzia di cui ai punti 8, 9, e 10 non adeguate**

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? Sì NO

(se "NO" allora **prodotto non adeguato**)

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un Massimale per Sinistro e uno per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri? Sì NO

(se "NO" allora **prodotto non adeguato**)

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate? Sì NO

Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente/Assicurato e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, il distributore certifica che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse dal Contraente/Assicurato. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente/Assicurato che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

Data _____

Firma del Distributore _____

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data _____

Firma del Contraente _____