

Questionario per la richiesta di quotazione della Responsabilità civile del Dentista, odontotecnico e igienista dentale

Importante: Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo. UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Sezione A: Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)

- Dentista (senza implantologia) neolaureato(*)
(*) Tale agevolazione viene riconosciuta ai professionisti laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.
- Dentista (senza implantologia)
 Dentista (con implantologia)
 Odontotecnico
 Igienista dentale

Sezione B: DATI PROPONENTE

1) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:

Ragione Sociale: _____

Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di costituzione: ____ / ____ / ____ Data inizio attività ____ / ____ / ____

Completare la tabella con l'elenco delle persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	SPECIALIZZAZIONE	DATA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO/ABILITAZIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	LP	DS	F

Legenda: LP-LIBERO PROFESSIONISTA

T- PERITO DEL TRIBUNALE

F- FILLER

DS- DIREZIONE SANITARIA (si veda la domanda C 4 b – se è richiesta l'estensione indicare il numero di strutture)

2) Se il contraente è un dentista/odontotecnico/igienista dentale individuale indicare:

Cognome e Nome: _____

Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di nascita / Luogo di nascita: _____

Data iscrizione all'Albo/Abilitazione: ____ / ____ / ____ Data inizio attività ____ / ____ / ____

3) Dati generali (da compilare sempre con i dettagli di ciascuna sede legale ed operativa di proprietà del contraente):

Numero sedi totali: _____

INDIRIZZO SEDI	CAP	LOCALITÀ	PROV	SL	SO	RC CS

Legenda: SL Sede Legale – SO Sede Operativa - RC CS (Rc conduzione dello studio si veda la domanda C 4 c – se è richiesta l'estensione indicare per quali sedi)

Indirizzo e-mail e/o indirizzo di posta elettronica certificata: _____

N. Telefonico N. cellulare: _____

Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

1) **Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo** (indicare il massimale richiesto)

AVVERTENZA: Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede:

- per gli esercenti le professioni sanitarie che non svolgono attività chirurgica, anestesiológica: massimale non inferiore a 1 milione di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica, anestesiológica: massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- il massimale minimo di garanzia delle coperture assicurative relative ai contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera è pari a 2 milioni di euro per sinistro e per anno.

N.B.: Si invita all'acquisto di massimali conformi:

ATTIVITÀ SVOLTA	MASSIMALE per Sinistro/Anno/Rco fatto salvo diversa precisazione						
	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000 Sinistro € 3.000.000 Anno € 2.000.000 Rco	€ 1.500.000	€ 2.000.000 Sinistro € 6.000.000 Anno € 2.000.000 Rco	Altro RD € _____ Sinistro € _____ Anno € _____ Rco
SENZA IMPLANTOLOGIA	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CON IMPLANTOLOGIA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<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)	N/A	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	N/A	<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****

****N.B.** la retroattività non potrà essere inferiore alla data iscrizione albo (se applicabile) altrimenti alla data inizio attività (per categorie senza albo di riferimento), se la data è maggiore ad anni 10 la retroattività sarà 10 anni.

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/botex esclusi

e) Estensione territoriale Unione Europea (aumento 20%)

5) **È richiesta la polizza Tutela legale:** Sì No **N.B.** la copertura verrà prestata con polizza separata

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 circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Rc professionale e/o tutela legale)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
2) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri negli ultimi 5 anni (Rc professionale e/o tutela legale)?	Si <input type="checkbox"/> No <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?	Si <input type="checkbox"/> No <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?	Si <input type="checkbox"/> No <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 SI fornire dettagli _____ _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la RC Professionale ? 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.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la Tutela Legale ? 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.	Si <input type="checkbox"/> No <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 _____
- Età 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 invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____%
- Indichi, altresì, 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 sì: 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