

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Dati del Contraente / Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

RAGIONE SOCIALE*				
INDIRIZZO SEDE LEGALE*	LOCALITÀ/COMUNE*	C.A.P.*	PROVINCIA*	NAZIONE*
PARTITA I.V.A.*	CODICE FISCALE*		ULTIMO FATTURATO*	
RECAPITO TELEFONICO*	E-MAIL*	PEC*		

Data di decorrenza della Polizza: ___/___/___

AVVERTENZA: la Garanzia Base **Responsabilità Civile e Professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO)** è sempre inclusa.

1) MASSIMALE DI POLIZZA

AVVERTENZA: è necessario valorizzare un solo **Massimale di Polizza** per periodo assicurativo. L'importo selezionato è la massima esposizione economica della Società, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati.

Selezionare un solo **Massimale per Sinistro*** tra i seguenti importi:

1.000.000,00 €	2.000.000,00 €	3.000.000,00 €	5.000.000,00 €

* Il Massimale per Periodo di Assicurazione e per Serie di Sinistri è pari a:

- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture sociosanitarie residenziali e semi residenziali, nonché per le strutture ambulatoriali che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti o attività odontoiatrica qualora non acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale: "Sedazione Profonda"

- € 15.000.000 esclusivamente qualora acquistata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Sedazione Profonda"

2) SINISTROSITÀ DELL'ASSICURATO

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA (1): in caso di risposta affermativa per un numero di sinistri inferiore o pari a 10, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo **Allegato1 "Sinistri progressi"**.

AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € 18.000,00, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

AVVERTENZA (3): in caso di un numero di sinistri superiore a 2 è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

3) FRANCHIGIA FACOLTATIVA

AVVERTENZA: solo qualora non siano presenti sinistri progressi (vedere precedente punto 2) è possibile selezionare una delle seguenti franchigie frontali, che verrà applicata su ogni sinistro denunciato.

La scelta dell'applicazione di una franchigia comporta una diminuzione della tariffa.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

IMPORTO FRANCHIGIA	SELEZIONE FRANCHIGIA
€ 2.500,00	
€ 5.000,00	
€ 10.000,00	
€ 15.000,00	

GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI A PAGAMENTO (FACOLTATIVE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO SELEZIONATO)

Selezionare le Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	Garanzia acquistata
Responsabilità personale professionale del personale in regime libero professionale	Massimale di Polizza	
Sedazione profonda	Massimale di Polizza	

(*) Se selezionata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Sedazione profonda" rispondere alle seguenti domande:

- Presso lo Studio Odontoiatrico viene svolta la sedazione profonda? SI NO

In caso di risposta affermativa alla precedente domanda, indicare se:

- La sedazione profonda viene svolta da un anestesista professionista SI NO

AVVERTENZA (1): sono sempre comprese le attività complementari di radiodiagnostica orale.

AVVERTENZA (2): in caso di risposta affermativa ad entrambe le domande di cui sopra, si intenderà assicurata anche l'attività di Sedazione profonda. In caso di risposta negativa alla seconda domanda di cui sopra, non è possibile acquistare la garanzia aggiuntiva opzionale.

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara 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;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ____/____/____ Il Contraente _____