

## RC PROFESSIONALE DEL MEDICO CHIRURGO ESTETICO LIBERO PROFESSIONISTA EXTRA MOENIA ED INTRA MOENIA

### Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale

#### DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attesa ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

#### CONTRAENTE

Cognome Nome / Denominazione

Codice fiscale/ P. Iva

Indirizzo

#### ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

<b>L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di</b> (Crocezzare)	Libero professionista con attività ambulatoriale extra moenia			
	Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso crocezzare sotto)			
	Pubbliche	Accreditate	Private	
<b>Con la seguente specializzazione</b>	<b>Con la richiesta dei seguenti Massimali in euro (Crocezzare)</b>			
	<b>1.000.000</b>		<b>2.000.000</b>	
Chirurgia plastica estetica	<b>6.890,00</b>		<b>9.000,00</b>	
Chirurgia Maxillofacciale con estetica	<b>5.000,00</b>		<b>6.000,00</b>	
Scelta della <b>DURATA CONTRATTUALE</b> (crocezzare)	Annuale		Quinquennale	

#### AVVERTENZE

**IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO: BONIFICI BANCARI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO**

**LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.**

#### SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N.° 41 DEL 2/8/2018

L'Assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.° 41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- FAC SIMILE MODULO DI ADEGUATEZZA/PROPOSTA
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016

IL CONTRAENTE \_\_\_\_\_