

### Documento di valutazione delle richieste e Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 R

Il presente documento, che rappresenta un fac-simile di un "Questionario di Adeguatezza", ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative del Contraente/Assicurato e potrà essere integrato con ogni ulteriore informazione ritenuta opportuna dal Distributore stesso. Il questionario di adeguatezza dovrà essere predisposto su carta intestata del Distributore.

Qualora il Contraente 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.

#### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Persona Giuridica: Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
 Settore dell'Attività svolta \_\_\_\_\_  
 Oggetto sociale \_\_\_\_\_  
 Residenza/Sede legale \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Fatturato \_\_\_\_\_

#### PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

- Obblighi di legge
- Impegni contrattuali
- Assenza di Obblighi di legge
- Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

- Attività di impresa
- Attività Extra Lavorativa

Si dichiara che:

1. il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'Attività professionale Sanitaria    Sì  No
2. 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 acquistato?    Sì  No

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

3. si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività professionale Sanitaria o sociosanitaria?    Sì  No 
  - 3.1 Se "Sì", per quale tipo di Attività professionale medica?
 

A. per l'Attività di odontoiatria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
B. Altro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
  - 3.2 Se "Sì" alla lettera "A. Attività di odontoiatria" del punto 3.1, a quanto ammonta l'ultimo fatturato della Struttura Contraente?
 

A. pari o inferiore a € 1.000.000,00	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
B. superiore a € 1.000.000,00	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**AVVERTENZA:** Se valorizzato "NO" al punto 3 allora **prodotto non adeguato**.

Se selezionato "Sì" alla lettera "B. Altro" del punto 3.1 allora **prodotto non adeguato**.

Se selezionato "Sì" alla lettera "B. superiore a € 1.000.000,00" del punto 3.2 allora **prodotto non adeguato**.

## Documento di valutazione delle richieste e

### Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 R

Il presente documento, che rappresenta un fac-simile di un "Questionario di Adeguatezza", ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative del Contraente/Assicurato e potrà essere integrato con ogni ulteriore informazione ritenuta opportuna dal Distributore stesso. Il questionario di adeguatezza dovrà essere predisposto su carta intestata del Distributore.

Per quanto selezionato al punto 3.1, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

- |  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. un periodo di retroattività?  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. una franchigia?   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. l'estensione alla copertura dell'attività di anestesia incosciente?   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. l'estensione alla copertura al Direttore Sanitario?   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. l'estensione della copertura alle Perdite Patrimoniali?   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. l'estensione alla copertura Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale?               | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e Convenzionato?                   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

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

**La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un massimale unico per sinistro e per anno e diversi sottolimiti di garanzia per sinistro e per anno?** SI  NO

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

#### Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente 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. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente 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