

## MODULO DI ADESIONE

Dati del Cliente		
Ragione Sociale	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo sede legale	Comune	C.A.P.
Codice ATECO	Sito web	
E-mail	Recapito telefonico	

Convenzionamento S.S.N.		
La struttura selezionata è convenzionata al Sistema Sanitario Nazionale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Barrare la tipologia di struttura tra quelle di seguito elencate	
<i>Servizi di assistenza sociale residenziale</i>	
<input type="checkbox"/> Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili (R.S.A.) <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza sociale residenziale (R.A.) <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani <input type="checkbox"/> Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	
<i>Servizi di Assistenza sanitaria</i>	
<input type="checkbox"/> Centro di terapie fisiche e riabilitative <input type="checkbox"/> Ambulatorio di diagnostica strumentale <input type="checkbox"/> Centro di dialisi <input type="checkbox"/> Ambulatorio specialistico <input type="checkbox"/> Poliambulatorio - Centro Medico <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi <input type="checkbox"/> Studio odontoiatrico <input type="checkbox"/> Servizi degli studi medici di medicina generale	<input type="checkbox"/> Attività dei centri di radioterapia <input type="checkbox"/> Studi di omeopatia e di agopuntura <input type="checkbox"/> Centri di medicina estetica <input type="checkbox"/> Case di cura per lunga degenza <input type="checkbox"/> Altre attività paramediche indipendenti <input type="checkbox"/> Attività svolta da psicologi <input type="checkbox"/> Attività degli ambulatori tricologici <input type="checkbox"/> Laboratori di Igiene e profilassi
Indicare il numero di posti letto presenti nella struttura sopra selezionata	.....
Indicare il numero di interventi effettuato in regime di "Day Hospital"	.....
Indicare il numero di entrate annue relative ai pazienti	.....

Fornire una breve descrizione in merito all'attività svolta	

Informazioni sul Fatturato		
Fatturato annuo	Esercizio in corso (a preventivo) €	Esercizio anno precedente €
	.....	.....

Informazioni sul dettaglio del fatturato suddiviso per area di specializzazione praticata all'interno della struttura		
Suddivisione (%)	Tipologia di specializzazione area medica	Note

Informazioni sulle Figure Mediche	
Numero Medici Liberi Professionisti	.....
Numero Medici Dipendenti	.....

Precedenti Assicurativi		
Avete una polizza attiva, alla data di decorrenza della presente proposta, relativa l'assicurazione RCT/O?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</i>		
Avete mai stipulato una polizza assicurativa per lo stesso rischio, negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni in merito ai periodi per i quali la copertura era attiva:</i>		
È mai stata rifiutata/annullata/disdetta una polizza assicurativa per i medesimi rischi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo indicare la Compagnia e l'anno di disdetta:</i>		
È previsto un periodo di postuma o suppletivo che vi consenta di notificare agli assicuratori in corso dei sinistri relativi a eventi verificatisi nell'anno di polizza, ma denunciati negli anni successivi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo indicare gli anni di postuma:</i>		

Polizza Collettiva N. 2022RCG00267-1212667



## Retroattività

Volete acquistare la garanzia relativa alla retroattività illimitata?

Se selezionato SI, verrà applicata una maggiorazione pari al 10% sulla tariffa applicata

SI

NO

## Precedenti sinistri

Il Contraente è a conoscenza di fatti o circostanze note dai quali possano derivare richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?

SI

NO

In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:

Specificare l'anno o gli anni nei quali sono occorsi i sinistri:

Anno	N° Sinistri Denunciati (#)	N° Sinistri Pagati (#)	N° Danni Riservati (#)	Tot. Importo Sinistri Pagati (€)	Tot. Importo Danni Riservati (€)	Totale (€)
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
	#	#	#	€	€	€
Totale	#	#	#	€	€	€

Fornire una breve descrizione in merito al/i sinistro/i

Selezionare il massimale per sinistro e per anno

Massimale Euro 2.000.000,00 / Euro 4.000.000,00

Selezionare la Franchigia o S.I.R. - Self Insured Retention desiderata:

- Franchigia Euro 1.500,00 (per studi odontoiatrici)  
 Franchigia Euro 2.500,00  
 Franchigia Euro 3.500,00 (per studi odontoiatrici)  
 Franchigia Euro 5.000,00  
 S.I.R. Euro 10.000,00  
 S.I.R. Euro 25.000,00

## Dichiarazioni conclusive del Cliente

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.

Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

**NOTA BENE:** Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data ..... FIRMA DELL'ASSICURATO .....

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo "Mod. 136 22 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 31.05.2022" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel Mod. 136 22 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. - Ed. 31.05.2022 e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia**, e nella relativa Polizza Collettiva;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data ..... FIRMA DELL'ASSICURATO .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) .....  
Codice Fiscale .....

conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021 "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data ..... FIRMA DELL'ASSICURATO .....