CONVENZIONE SICPRE

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

DATI DEL PROPONENTE			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale		P.IVA	
Indirizzo di Residenza		CAP	
Città		Provincia	
Mail		Cellulare	
Data di effetto			

***Avvertenza:* Barrare con una X il codice della attività massimale opzionata**

TUTELA LEGALE MEDICI DIPENDENTI SSN & DIPENDENTI PRIVATI

Art. 1.1 - Pacchetto BASE
Art. 1.2 - Pacchetto Sicurezza Privacy e Cyber

GARANZIE AGGIUNTIVE:

Art. 1.4 – Danni terzi/pazienti/clienti (2° rischio)
Art. 1.5 – Pacchetto Contrattuale
Art. 1.7 – Controversie con terzi-pazienti-Clienti stragiudiziali e giudiziali
Art. 1.8 – Vertenze con il datore di lavoro
Art. 1.9 – Danno Erariale

CODICE	MASSIMALE	PREMIO ANNUO FINITO
A1	**€ 35.000,00**	**€ 225,00**
A2	**€ 50.000,00**	**€ 250,00**

TUTELA LEGALE MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

Art. 1.1 - Pacchetto BASE
Art. 1.2 - Pacchetto Sicurezza Privacy e Cyber

GARANZIE AGGIUNTIVE:

Art. 1.4 – Danni terzi/pazienti/clienti (2° rischio)
Art. 1.5 – Pacchetto Contrattuale
Art. 1.7 – Controversie con terzi-pazienti-Clienti stragiudiziali e giudiziali (compresa struttura sanitaria) stragiudiziali e giudiziali senza recupero crediti (3 CASI)

CODICE	MASSIMALE	PREMIO ANNUO FINITO
B1	**€ 35.000,00**	**€ 500,00**
B2	**€ 50.000,00**	**€ 550,00**

TUTELA LEGALE MEDICI DIPENDENTI SSN & PRIVATI CON EXTRAMOENIA

Art. 1.1 - Pacchetto BASE
Art. 1.2 - Pacchetto Sicurezza Privacy e Cyber

GARANZIE AGGIUNTIVE:

Art. 1.4 – Danni terzi/pazienti/clienti (2° rischio)
Art. 1.5 – Pacchetto Contrattuale
Art. 1.7 – Controversie con terzi-pazienti-Clienti stragiudiziali e giudiziali (compresa struttura sanitaria) stragiudiziali e giudiziali senza recupero crediti (3 CASI)
Art. 1.8 – Vertenze con il datore di lavoro
Art. 1.9 – Danno Erariale

CODICE	MASSIMALE	PREMIO ANNUO FINITO
C1	**€ 35.000,00**	**€ 570,00**
C2	**€ 50.000,00**	**€ 650,00**

Spunta le estensioni di garanzia che intendi acquistare con premio integrativo:

- ☐ Pacchetto Fisco & Previdenza → *(+15% sul premio annuo finito prescelto)*
- ☐ Retroattività nei procedimenti penali (2 anni) → *(+20% sul premio annuo finito prescelto)*
- ☐ Retroattività nei procedimenti penali (5 anni) → *(+60% sul premio annuo finito prescelto)*

ALTRE INFO & ASSICURAZIONI

Svolgi anche il ruolo di Direttore Sanitario?

Sì, come libero professionista
Sì, come dipendente
No

Hai già una copertura di tutela legale per la copertura degli stessi rischi?

SI
NO

Si richiede la continuità assicurativa con polizza preesistente non rinnovata con altra Compagnia (no DAS)?*

SI
NO

**** per richiedere la continuità assicurativa è necessario fornire:***

- ***Conferma assenza di sinistri***
- ***Copia polizza precedente (Condizioni incluse)***
- ***Ultima quietanza pagata***

PRECEDENTI SINISTRI

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

- ☐ SI
- ☐ NO

Se SI, compilare la scheda per ciascun sinistro all'ultima pagina

Il sottoscritto, in qualità di Proponente dichiara quanta segue:

1. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
2. di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta.
3. che, qualora le Parti addivengano alia sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
4. che, in ogni caso, se tra Ia data della proposta e Ia data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Dichiara di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato i singoli documenti che compongono il Set Informativo e segnatamente: DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni, Condizioni di Assicurazione

Data_____ Firma_____

MAG

SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva -Rigenerativa ed Estetica
La Sicpre è la casa dei Chirurghi Plastici Specialisti

PRECEDENTI SINISTRI

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare:

Data Sinistro	
Data notifica sinistro	
Nominativo del reclamante o presunto danneggiato	
Descrizione dettagliata del sinistro	
Attività professionale svolta dall'assicurato in riferimento al sinistro.	
Ammontare del danno richiesto e/o riserva	
Indicazione di eventuale copertura da parte di altra polizza assicurativa	
Stato attuale del sinistro	

Data_____ Firma_____