

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Peri informazioni tel. **02.91.98.33.11**

## MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Contraente	
Indirizzo	
Cap	Città
Prov.	
Tel. Abitazione	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di	Iscrizione Nr.
Specializzazione:	
Azienda	
Indirizzo	
Cap	Città
Prov.	
Tel.	Fax
Attività	
Retroattività:	<input type="checkbox"/> 10 anni <input type="checkbox"/> illimitata
Massimale:	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00
Effetto	
Scadenza	
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy	

**IMPORTO TOTALE** €

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:**

**Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 6311 MILANO C/C intestato  
**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**  VISA  MASTERCARD  
NR. | | | | | | | - | | | | | | | - | | | | | | | - | | | | | | | |  
Scad. | | | | / | | | | CVV\* | | | | | |

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

dal 1928... una storia che continua...

**MODULO DI ADESIONE**  
**PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO**  
**R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA**

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

\*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

- A. L'Assicurato è una persona fisica (Scheda 2)
- B. L'Assicurato è una ditta individuale (Scheda 2)
- C. Il Contraente è uno Studio Associato  
 - Associati componenti lo Studio N. \_\_   
 - Associati componenti lo Studio che desiderano contrarre questa polizza N. \_\_\_\_   
 (Scheda 1 con i dati dello Studio - Scheda 2 con i dati dell'Assicurato  
**COMPILARE IL MODULO DI ADESIONE PER CIASCUN ASSOCIATO CHE DESIDERA CONTRARRE QUESTA POLIZZA)**

**CONTRAENTE - Scheda 1**

\*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Ragione Sociale	*	
Codice fiscale	*	
P. IVA	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	

**ASSICURATO - Scheda 2**

\*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice fiscale	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	
Iscritto all'Ordine di ... / N° Iscrizione	*	/
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione		
Data iscrizione all'Ordine	*	/ /
Data di decorrenza: un anno dalle ore 24:00 del	*	/ /

<p><b>PRECEDENTI COPERTURE:</b></p> <p>In continuità con precedente copertura: <input type="checkbox"/></p> <p>Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma: <input type="checkbox"/> <i>Società Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma.</i></p> <p>Senza continuità e senza postuma * <input type="checkbox"/></p> <p>Non ero assicurato * <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza:</i></p> <p>_____</p> <p><i>Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma:</i></p> <p>_____</p>
<p><b>CREDITI FORMATIVI (triennio formativo precedente):</b></p> <p><b>NON RICHIESTI PER GLI SPECIALIZZANDI</b></p>	<p><b>I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 66% al 99%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 46% al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> inferiore a 46%</p>
<p>Copertura di "Primo Rischio" <input type="checkbox"/></p> <p>Copertura di "Secondo Rischio" <input type="checkbox"/></p>	<p><b>MASSIMALE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> €1.000.000,00   <input type="checkbox"/> €2.000.000,00   <input type="checkbox"/> €3.000.000,00   <input type="checkbox"/> €5.000.000,00*</p> <p>* Per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia</p> <p><b>Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)</b></p> <p><input type="checkbox"/> La copertura del Servizio di Emergenza Sanitaria è inclusa senza sovra-premio nel presupposto essenziale che sussista la relativa qualifica al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>
<p><b>Retroattività richiesta</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 10 ANNI   <input type="checkbox"/> ILLIMITATA</p>
<p>Copertura "Direttore Sanitario": <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>La copertura di Direttore Sanitario è inclusa senza sovra premio nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>

## SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica per Allergologo	<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Nefrologo senza attività invasiva
<input type="checkbox"/> Andrologo	<input type="checkbox"/> Nefrologo con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica	<input type="checkbox"/> Neolaureato (***)
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neurochirurgo
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Angiologo con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Neurologia con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia
<input type="checkbox"/> Bionaturista	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Cardiologia Interventista (invasiva)	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Cardiologo Clinico	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario

<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Ortodontista
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con chirurgia estetica)	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia minore (medicina di base)	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Patologo clinico
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Pedagogista
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Pediatra (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
<input type="checkbox"/> Ematologo	<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/> Perfusionista
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Personal trainer
<input type="checkbox"/> Epatologo	<input type="checkbox"/> Pneumologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Erborista	<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta
<input type="checkbox"/> Estetista	<input type="checkbox"/> Psichiatra/Clinica Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Psicoanalista
<input type="checkbox"/> Fisico Medico	<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Foniatra	<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	<input type="checkbox"/> Reumatologo
<input type="checkbox"/> Geriatra	<input type="checkbox"/> Riflessologo
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Senologia
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Sonografista / Ecografista
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Immunologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista
<input type="checkbox"/> Infettivologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute	<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Kinesiologo	<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Malattie infettive con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Tecnico ECG
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico nell'alimentazione Dietetica
<input type="checkbox"/> Massoterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/> Medicina generale	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
<input type="checkbox"/> Medicina interna con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Terapia del dolore con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro
<input type="checkbox"/> Medico codificatore di storia clinica del paziente	<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/> Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale

<input type="checkbox"/> Medico dello sport	<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu
<input type="checkbox"/> Medico d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Generico o di Base	<input type="checkbox"/> Tossicologo Ambientale
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Medico Legale	<input type="checkbox"/> Urologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Medico specializzando	

(\*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

## INFORMAZIONI:

### SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI (denunciati e/o risarciti):

NO  SI

N. sinistri (\*) \_\_\_\_\_

I. Data scoperta \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Eri assicurato?

NO

SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

II. Data scoperta \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Eri assicurato?

NO

SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

III. Data scoperta \_\_\_\_\_

Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_

Eri assicurato?

NO

SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

(\*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

**FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:**

qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

NO  SI N. fatti noti o circostanze \_\_\_\_\_ (breve descrizione)

i. Data comunicazione formale del reclamante \_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_ Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

ii. Data comunicazione formale del reclamante \_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma reclamata \_\_\_\_\_ Eri assicurato?  NO  SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

**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. 114 19 SET INFORMATIVO\_PROFESIONE MEDICA – Ed. 27.11.2019" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 27.11.2019" 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 della 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. 206 18 Informativa Privacy - Ed. 25.05.2018 "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679, pertanto

esprime il consenso                       nega il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, comuni e sensibili, 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".

Data .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....





