

## MODULO DI PROPOSTA

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	.....
Numero di prestazioni ambulatoriali non chirurgiche effettuate nella struttura	.....
Indicare il numero di entrate annue relative ai pazienti	.....

<i>Fornire una breve descrizione in merito all'attività svolta</i>	

#### Informazioni sul Fatturato

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

#### Informazioni sulle Figure Mediche

Numero Medici Liberi Professionisti	.....
Numero Medici Dipendenti	.....

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI			INFERMIERI E ALTRE PROFESSIONI SANITARIE		FATTURATO ESECUZIONE IN CORSO
	CONV. SSN	PRIVATI	DAY HOSP.	NON CHIRURGHI	CHIRURGHI	PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNUALI	NON CHIRURGHI	CHIRURGHI	PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNUALI	DIPENDENTI	LIBERI PROFESSIONISTI	SUDDIVISIONE (%)
Medicina D'Urgenza (Pronto Soccorso)												
Centro Ustioni												
Cardiologia												
Odontoiatria												
Dermatologia												
Otorinolaringoiatria												
Endocrinologia												
Gastroenterologia												
Medicina Generale												
Chirurgia Generale												
Geriatria												
Ematologia												
Malattie Infettive												
Terapia Intensiva												
Neonatologia												
Nefrologia												
Neurologia												
Ostetricia e Ginecologia												
Oncologia												
Oftalmologia												
Ortopedia												
Pediatria												
Cure Palliative												
Patologia												
Farmacia												
Fisiatria e Riabilitazione												
Chirurgia Plastica												
Psichiatria												
Pneumologia												
Radiologia												
Reumatologia												
Urologia												
TOTALI												

#### Modulo di Proposta

#### Precedenti Assicurativi

Avete una polizza attiva, alla data di decorrenza della presente proposta, relativa l'assicurazione RCT/O?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:

Avete mai stipulato una polizza assicurativa per lo stesso rischio, negli ultimi 5 anni?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo fornire informazioni in merito ai periodi per i quali la copertura era attiva:

È mai stata rifiutata/annullata/disdettata una polizza assicurativa per i medesimi rischi?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo indicare la Compagnia e l'anno di disdetta:

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?

☐ SI

☐ NO

In caso affermativo indicare gli anni di postuma:

#### Retroattività

Volete acquistare la garanzia relativa alla retroattività illimitata?

Se selezionato SI, verrà applicato 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:

Invece se sono pervenute richieste di risarcimento, specificare il dettaglio dei sinistri:

Assicurato con	Identificativo Sinistro	Anno di Accadimento	Anno di Denuncia	Pagato (€)	Riservato (€)	Totale (€)
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€

#### Modulo di Proposta

				€	€	€
				€	€	€
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 6.000.000,00  
☐ Massimale Euro 5.000.000,00 / Euro 15.000.000,00

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

- ☐ Franchigia Euro 0,00  
☐ Franchigia Euro 2.500,00  
☐ Franchigia Euro 5.000,00  
☐ S.I.R. Euro 10.000,00  
☐ S.I.R. Euro 25.000,00

Per studi odontoiatrici:

- ☐ Franchigia Euro 1.500,00  
☐ Franchigia Euro 2.500,00  
☐ S.I.R. Euro 3.500,00  
☐ S.I.R. Euro 5.000,00

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 .....

Periodo di validità richiesto

Data di decorrenza della polizza:

Data di scadenza della polizza:

Determinazione del Premio

Premio Annuo Imponibile EUR XX,XX a cui vanno aggiunte le imposte di Legge, pari ad EUR XX,XX

Le rate di premio devono essere pagate entro 30 giorni dalle seguenti date di scadenza, e con i seguenti importi:

Data di scadenza rata	Premio Imponibile (EUR)	Imposte (22,25%) (EUR)	Premio Totale (EUR)
XX/XX/XXXX	XXX,XX	XX,XX	XX,XX
XX/XX/XXXX	XXX,XX	XX,XX	XX,XX

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. 164 25 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. – Ed. 01.10.2025" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel Mod. 164 25 Set Informativo RCG POLIAMBULATORI E R.S.A. – Ed. 01.10.2025 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. 511 25 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025 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 .....