

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto coerente alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alla Polizza Collettiva.**

Aderente Cognome nome: _____
 Codice fiscale: _____
 Sesso: _____ Data di nascita: _____ Et : _____
 Provincia di residenza: _____

1) Esigenze assicurative Quali sono le Sue esigenze assicurative?

- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali
- esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali

2) Attuali coperture Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali?

- no
- s 

3) Tipo di prestazione Quale tipo di prestazione preferisce percepire nel caso si verifichi l'evento assicurato?

- con scopertura e/o franchigia
- totale

4) Tipo di attivit  svolta L'attivit  odontoiatrica da Lei esercitata   svolta:

- senza interventi di implantologia o attivit  parificate ad essa
- con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attivit  parificate
E' considerata innanzitutto "implantologia osteointegrata" anche la protesizzazione su impianti, nonch  le seguenti attivit : rialzo del seno mascellare per via laterale vestibolare, rialzo del seno mascellare per via crestale, intervento di aumento di spessore della cresta mascellare (c.d. split crest mascellare), intervento di aumento di spessore della cresta mandibolare (c.d. split crest mandibolare), innesto di osso eterologo (e cio  prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, innesto di osso autologo, intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili, germectomie, avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale, interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale
- con interventi di implantologia in genere
E' considerata innanzitutto "implantologia in genere" anche la protesizzazione su impianti, nonch  le seguenti attivit : inserimento di impianti zigomatici,; implantologia con carico immediato, con l'avvertenza che si ha carico immediato quando la protesizzazione avviene prima dell'osteointegrazione e quindi entro i due mesi successivi alla collocazione dell'impianto. Non si considera inoltre carico immediato l'inserimento di mini impianti osteointegrabili realizzati in monoblocco di titanio chirurgico, di diametro inferiore a tre millimetri e la cui parte destinata all'ancoraggio della protesi mobile fa parte del corpo stesso dell'impianto o   sovrapplicabile.

Mod. OD-Ed. 28/04/2021

4A) In relazione all'attività odontoiatrica, svolge anche trattamenti estetici?

- sì
se sì, con quali metodologie?
 filler a base di acido ialuronico apparecchi elettromedicali altro
- no

4B) Si avvale della collaborazione di altri medici, odontoiatri o igienisti dentali?

- no
- sì
se sì, i collaboratori sono tutti assicurati con una polizza RC Professionale ANDI?
 sì no

4C) Riveste la carica di Direttore Sanitario?

- no
- sì

5) Durata

Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?

- fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

Luogo e data

L'aderente

Mod. OD-Ed. 28/04/2021

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Sede Legale: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111
Fax +39 045 8 391 112 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962
P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA
Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

www.cattolica.it

