

Dati del Proponente/Assicurato

DENOMINAZIONE	DATA DI COSTITUZIONE	PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N°	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	CAP
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI			

Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

- Non è mai stato assicurato
- È già stato assicurato e (Indicare con una X):
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
 - È stata disdetta la polizza per sinistro
 - Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
 - È stato rifiutato il rinnovo della polizza

Se già assicurato fornire i dettagli della polizza

COMPAGNIA ASSICURATRICE: _____

SCADENZA: _____

MASSIMALE PER SINISTRO: _____

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: _____

FRANCHIGIA: _____

PREMIO LORDO ANNUO: _____

Dichiarazione del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati compilare la scheda sinistro allegata

Notizie di carattere generale

Indicare la sede principale e gli eventuali distaccamenti separati alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta.

Sede Operativa/Principale INDIRIZZO _____

Distaccamenti INDIRIZZO _____

Indicare il fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		

(*) L'IMPORTO FATTURATO DAL PROPONENTE/ASSICURATO PER TUTTE LE PRESTAZIONI INERENTI L'ATTIVITÀ CARATTERISTICA SVOLTA E PER LE QUALI È PRESTATO L'ASSICURAZIONE, COSÌ COME RISULTANTE DAL BILANCIO O ALTRE SCRITTURE CONTABILI / AMMINISTRATIVE.

Indicare le specialità/aree sanitarie che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni così come sopraquantificati

ANNO	SPECIALITÀ/AREE SANITARIE	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%
I° ANNO PRECEDENTE	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%

Dettaglio delle attività svolte

Indicare, relativamente alle attività sotto indicate, se le stesse vengono svolte. In caso affermativo indicare il numero degli **ambienti** ed, in presenza di più sedi, indicare il numero complessivo di ambienti disponibili per singola tipologia.

- a) LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE-MICROBIOLOGICHE Numero _____
- b) DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIODIAGNOSTICA Numero _____
- MAMMOGRAFIA Numero _____
- c) RIABILITAZIONE Numero _____
- d) AMBULATORI MEDICI PER VISITE Numero _____
- e) AMBULATORI MEDICI PER ATTIVITÀ INVASIVE (CHIRURGIA MINORE) Numero _____
- f) SALE OPERATORIE PER DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY (CHIRURGIA MINORE) Numero _____

INDICARE, DI SEGUITO, IL NUMERO DI AMBIENTI –
COSÌ COME DI SEGUITO DEFINITI – NON CONTEGGIATI NELLE LETTERE DA A AD F

Numero _____

Indicare Specialità e Numero dei Prestatori di Lavoro (Medici ed altro Personale) e di Personale Convenzionato e/o Personale in Libera Prestazione (Medici ed altro Personale) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nelle tabelle seguenti:

- ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE
- ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE

	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
1	Andrologia con attività chirurgica			
2	Angiologia			
3	Cardiologia			
4	Cardiologia interventistica			
5	Chirurgia addominale			
6	Chirurgia d'urgenza e 118			
7	Chirurgia della mano			
8	Chirurgia Estetica Plastica			
9	Chirurgia Generale			
10	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)			
11	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)			
12	Chirurgia pediatrica			
13	Chirurgia toracica			
14	Chirurgia vascolare			
15	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*			
16	Ematologia con attività invasiva			
17	Endocrinochirurgia			
18	Gastroenterologia			
19	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva			
20	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)			
21	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)			
22	Malattie infettive con attività invasiva			
23	Medicina d'Urgenza e 118			
24	Medicina di base (Chirurgia Minore)*			
25	Medicina estetica con attività invasiva			
26	Medicina Generale con attività invasiva			
27	Medicina interna con attività invasiva			
28	Nefrologia			
29	Neurochirurgia			
30	Neurologia con atti invasivi			
31	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)			
32	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica			
33	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia			
34	Oncologia e Senologia			
35	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi			
36	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)			
37	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)			
38	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)			
39	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)			
40	Pediatria con neonatologia e TIN			
41	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*			
42	Pneumologia con attività invasiva			
43	Radiologia Interventista e neuroradiologia			
44	Terapia del dolore con atti invasivi			
45	Urologia			

NOTA: *Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.

	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
46	Allergologia e Immunologia clinica			
47	Anatomia patologica			
48	Andrologia			
49	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva			
50	Angiologia			
51	Audiologia			
52	Biochimica Clinica			
53	Cardiologia			
54	Dermatologia- Venereologia			
55	Diabetologia e malattie del metabolismo			
56	Ematologia e Medicina Trasfusionale			
57	Endocrinologia e malattia del ricambio			
58	Epatologia			
59	Farmacia Ospedaliera			
60	Farmacologia			
61	Fisica Medica			
62	Gastroenterologia			
63	Genetica Medica			
64	Geriatria			
65	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita			
66	Igiene degli alimenti			
67	Igiene e medicina preventiva			
68	Malattie infettive			
69	Malattie Tropicali			
70	Medicina Aeronautica e spaziale			
71	Medicina del lavoro			
72	Medicina dello sport			
73	Medicina di Base			
74	Medicina di comunità			
75	Medicina d'urgenza			
76	Medicina estetica			
77	Medicina fisica riabilitativa			
78	Medicina generale			
79	Medicina interna			
80	Medicina legale			
81	Medicina Nucleare			
82	Medicina Termale			
83	Medicine non convenzionali e osteopatiche			
84	Microbiologia/Virologia			
85	Nefrologia			
86	Neurofisiopatologia			
87	Neurologia			
88	Neuropsichiatria			
89	Neuropsichiatria infantile			
90	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici			
91	Odontoiatria senza implantologia			

92	Oncologia			
93	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni			
94	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici e senza assistenza al parto			
95	Otorinolaringoiatria			
96	Patologia Clinica			
97	Pediatria senza neonatologia			
98	Pneumologia			
99	Psichiatria			
100	Psicologia Clinica			
101	Radiodiagnostica (no mammografia)			
102	Radiodiagnostica con mammografia			
103	Radioterapia			
104	Reumatologia			
105	Scienze dell'alimentazione			
106	Stomatologia senza implantologia			
107	Terapia del dolore e cure palliative			
108	Tossicologia medica			
109	Urologia			

NB : PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

- **ATTIVITÀ DIAGNOSTICA/CHIRURGICA INVASIVA** QUELL' ATTIVITÀ CHE COMPORTA IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI E/O UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO SIA AI FINI DIAGNOSTICI SIA TERAPEUTICI.
- **ATTIVITÀ CHIRURGIA MINORE** QUELL'ATTIVITÀ CHE COMPORTA INTERVENTI CHE COINVOLGONO IL TAGLIO E CUCITURA DEL TESSUTO IN ANESTESIA LOCALE.

: PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

- a) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE
- b) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE NON PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (ES. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E/O DI REFERTAZIONE): IL NUMERO DI DIAGNOSI FORMULATE E/O ESAMI SVOLTI
- c) PER LE SPECIALITÀ CHIRURGICHE E/O INVASIVE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE ED IL NUMERO DI INTERVENTI EFFETTUATI (INDICARE LA SOMMA DELLE DUE VOCI)

Luogo: _____ Data: _____ Firma del Proponente/Assicurato _____

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

1. Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

2. Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

- 1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

Informazione di garanzia Atto di citazione

Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c

Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____

Ricevimento di istanza di mediazione Verbale di Identificazione

Altro (specificare) _____

- 2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

3. Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

4. Stato del sinistro

- 1) Si precisi se vi sia o meno in corso un procedimento penale ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

Si No

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

Condanna a (*specificare*) _____

Patteggiamento (*specificare*) _____

Assoluzione Proscioglimento

Non luogo a procedere Prescrizione

Amnistia e indulto

Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso un procedimento civile ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

CONSENSO ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE IN FORMATO ELETTRONICO
(art. 61 Reg. IVASS n .40/2018: Modalità dell'Informativa)

Il sottoscritto (Dati anagrafici del Contraente che rilascia il consenso):

Cognome o Ragione sociale	
Nome	
Codice fiscale o Partita IVA	
Residenza o Sede Legale (Indirizzo + CAP + Comune + Provincia)	

Con la presente, consapevole della facoltà di optare per il formato cartaceo, esprimo il mio consenso all'utilizzo dell'invio in formato elettronico della sola documentazione riguardante la trattativa/polizza; Sono informato che questo mio consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento mediante invio di posta elettronica o registrazione vocale con l'eventuale addebito degli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo oltre che la perdita dell'eventuale sconto previsto a fronte dell'utilizzo delle modalità elettroniche di ricezione della documentazione.

Il presente consenso non consente l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni di carattere commerciale.

Luogo e data _____

Firma del contraente _____

INFORMATIVA E CONSENSO PRIVACY **Informativa ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 (di seguito Regolamento), AD HOC S.n.c. con sede in Firenze, Via Antonio Fogazzaro 60 - Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei dati suoi dati personali è effettuato per:
 - a) fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che AD HOC S.n.c. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;
 - b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto b. è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;

La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali si fonda sull'esecuzione del contratto di assicurazione in essere tra le parti e sul conferimento del consenso. In relazione a quest'ultimo, le ricordiamo che lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro
4. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati:
 - a) per le attività di cui al punto a. ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria, nonché ad altri soggetti che svolgono attività per conto di AD HOC S.n.c.;
 - b) per le attività di cui al punto b. a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime;
5. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa

contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b saranno conservati per 24 mesi dall'ultima comunicazione.

6. Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.
7. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail info@adhocassicurazioni.it.

Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento

- a) (*obbligatorio*) dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al punto 5) della presente informativa.

Firma del contraente/assicurato _____

Firma dell'assicurato se diverso del contraente (*ad es. in caso di polizze collettive*) _____

- b) (*opzionale*) dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di ADHOC SNC:
(Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail telefono fax SMS posta cartacea

Firma del contraente _____

Luogo e data _____