

## COPERTURA ASSICURATIVA RC PROFESSIONALE MEDICA

### AL PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DI COERENZA, ESIGENZE E BISOGNI

informazioni fornite dal Contraente per valutare la coerenza del contratto ex art 20 Normativa IDD

#### SEZIONE A – AVVERTENZE PER IL CONTRAENTE

Il codice delle Assicurazioni e il Regolamento IVASS n.40/2018 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste. Ciò rende fondamentale una preventiva acquisizione di informazioni dal Cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile ottemperare tale obbligo. **Prima di procedere alla compilazione del Questionario/Proposta, invitiamo a prendere visione delle avvertenze di seguito riportate:**

1	Si risponda in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda
2	Se taluno dei quesiti che vengono posti richiede una risposta articolata, si utilizzi per la stessa un foglio separato con data e firma
3	Si rammenti che le risposte fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono essere veritiere per consentire – oltre ad una corretta quotazione del rischio – di evitare di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze ex art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

#### SEZIONE B – INFORMAZIONI FORNITE DAL CONTRAENTE PER CONSENTIRE AL BROKER DI PROPORRE CONTRATTI COERENTI CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DI COPERTURA ASSICURATIVA DEL CONTRAENTE STESSO O DELL'ASSICURATO

##### DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE	
CODICE FISCALE /PARTITA IVA	
ATTIVITA' SANITARIA ESERCITATA	
SPECIALIZZAZIONE – ABILITAZIONE PROFESSIONALE	

##### Quali obiettivi intendete perseguire tramite l'acquisto o la riformulazione di coperture assicurative?

PERSONALI ESIGENZE DI PREVENZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OTTEMPERARE AD OBBLIGHI DI LEGGE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RISPETTARE OBBLIGHI CONTRATTUALI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MIGLIORARE IL LIVELLO DELLE COPERTURE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

##### ASPETTATIVE/OBIETTIVI PRINCIPALI Esigenze assicurative espresse dal Cliente

A	Vuole una copertura assicurativa per l'Attività professionale medico/sanitaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B	Per l'Attività Libero Professionale o Extramoenia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C	Per l'Attività di Dipendente Pubblico o Convenzionato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D	Per l'Attività di Dipendente Privato o Convenzionato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E	Per l'Attività di Specializzando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
F	Per l'Attività Libero professionale dello Specializzando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
G	Per l'Attività di Volontariato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
H	Altro? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	Vuole il patrocinio legale per la tutela dei suoi diritti relativi alla sua professione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
L	E' interessato ad una copertura assicurativa che preveda un periodo di retroattività?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
M	Le interessa la copertura per le perdite patrimoniali da Attività CTU/Mediatore?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N	Le interessa la copertura per le perdite patrimoniali di Dirigente Responsabile di Struttura Complessa? (ex Primario)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**PANGEA BROKER S.R.L.**

VIA FLAMINIA 732 – 00191 – ROMA

TELEFONO: 06/89532806 – FAX: 06/89532806

[WWW.PANGEABROKER.IT](http://WWW.PANGEABROKER.IT) – E-MAIL: [INFO@PANGEABROKER.IT](mailto:INFO@PANGEABROKER.IT) – PEC: [PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT](mailto:PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT)

P.IVA 14368791001 – Iscr. RUI B000579053

O	Vuole una garanzia assicurativa infortuni e/o malattia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	Vuole integrare o proteggere la sua futura pensione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DESCRIZIONE DEL RISCHIO DA ASSICURARE								
PERSONA FISICA	<input type="checkbox"/> LAVORATORE DIPENDENTE		<input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDO		<input type="checkbox"/> QUIESCENZA		<input type="checkbox"/> VOLONTARIO	
	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA		<input type="checkbox"/> STUDENTE		<input type="checkbox"/> DIPENDENTE CON EXTRAMOENIA			
	COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE		N.	STATO CIVILE:		<input type="checkbox"/> ANIMALI DOMESTICI		
	Famiglia Monoreddito		SI	NO	Figli Conviventi		SI	NO
PATRIMONIO E BENI	<input type="checkbox"/> BENI IN LOCAZIONE: _____	<input type="checkbox"/> BENI DI PROPRIETA': _____	<input type="checkbox"/> IMPEGNI FINANZIARI <input type="checkbox"/> MUTUO <input type="checkbox"/> LEASING <input type="checkbox"/> FINANZIAMENTO		REDDITO / FATTURATO ultima annualità € _____	PARCO AUTO: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Motociclo <input type="checkbox"/> Ciclomotore <input type="checkbox"/> Imbarcazione		
TIPOLOGIA POLIZZA			RAMO ASSICURATIVO					

SITUAZIONE ASSICURATIVA ATTUALE				
Ha in corso altre polizze per gli stessi rischi?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se ha risposto "Si", ha valutato le somme complessivamente assicurate e le garanzie prestate?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALE		SCADENZA POLIZZA	
Negli ultimi tre anni sono state disdette per sinistro polizze sul medesimo rischio?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo fornire i dettagli				
SINISTROSITA' PREGRESSA				
Conferma che non è occorso alcun sinistro relativo alla presente trattativa nel periodo sopra indicato?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO se "no" compilare tabella
DATA SINISTRO	TIPOLOGIA SINISTRO	DESCRIZIONE DEL DANNO	IMPORTO DEL DANNO	LIQUIDATO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL CLIENTE				

SEZIONE C – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE CIRCA LE INFORMAZIONI RICEVUTE – IL CONTRAENTE DICHIARA:		
Che le informazioni dallo stesso fornite e riportate nelle pagine precedenti sono conformi a quelle da lui rese	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Che sono stati illustrati i costi delle eventuali coperture assicurative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Che sono stati illustrate le principali caratteristiche delle coperture assicurative relative alle sue esigenze ed ai suoi bisogni:		

**PANGEA BROKER S.R.L.**

VIA FLAMINIA 732 – 00191 – ROMA

TELEFONO: 06/89532806 – FAX: 06/89532806

[WWW.PANGEABROKER.IT](http://WWW.PANGEABROKER.IT) – E-MAIL: [INFO@PANGEABROKER.IT](mailto:INFO@PANGEABROKER.IT) – PEC: [PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT](mailto:PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT)

P.IVA 14368791001 – Iscr. RUI B000579053

## SEZIONE C – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE CIRCA LE INFORMAZIONI RICEVUTE – IL CONTRAENTE DICHIARA:

Si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa per le polizze di resp.civile professionale medica prevedono la formula <b>Claims made</b> , volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività acquistato?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Eventuale presenza di Franchigie e Scoperti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Esclusioni, Limitazioni dell'oggetto della garanzia, rivalse, periodi carenza, ecc	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Massimali e sottolimiti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Limiti Temporal: Retroattività e Ultrattività, Postuma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Regime di Claims Made	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Durata Contrattuale: Tacito Rinnovo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

VALUTAZIONE DI COERENZA PAG 2 di 3

Informativa Precontrattuale – Aggiornata al Provvedimento Ivass n. 97/2020 – Mod. Rev. Set21

## SEZIONE D – NOTE IMPORTANTI

Il presente documento è stato redatto sia per acquisire e per documentare le informazioni fornite dal Contraente, sia per valutare la coerenza della proposta assicurativa formulatagli con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale de Contraente stesso o dell'Assicurato, sia per fornire allo stesso Contraente un quadro sintetico della copertura assicurativa tratta. Il presente documento non potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali che dovessero essere emessi dalla Compagnia di Assicurazione in caso di esito positivo della trattativa. La proposta di assicurazione, redatta sulla base delle informazioni e delle indicazioni fornite dal Contraente, potrebbe subire modifiche alla luce di eventuali successivi aggiornamenti delle informazioni fornite.

**Il Contraente è invitato a leggere con attenzione la documentazione informativa precontrattuale e quella contrattuale.**

## SEZIONE E – PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELL'INTERMEDIARIO ED OFFERTA DI QUOTAZIONE (sezione facoltativa da compilare qualora non venga fornita altra proposta offerta dedicata) redatta sulla base delle informazioni ed indicazioni fornite dal Contraente

Genere Polizza					
Rischio Assicurato					
Principali Garanzie, Clausole, Massimale					
Principali Esclusioni e Limitazioni		<input type="checkbox"/> RETROATTIVITA' MODULARE	<input type="checkbox"/> FRANCHIGIA	<input type="checkbox"/> SCOPERTO	<input type="checkbox"/> CARENZE
IPOTESI DI COPERTURA, INFORMAZIONI E PREMI					
COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALE ANNUO	DECORRENZA	FRAZIONAMENTO	PREMIO ANNUO €	RINNOVO TACITO
1^					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2^					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3^					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4^					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ULTERIORI INFORMAZIONI					

### PANGEA BROKER S.R.L.

VIA FLAMINIA 732 – 00191 – ROMA

TELEFONO: 06/89532806 – FAX: 06/89532806

[WWW.PANGEABROKER.IT](http://WWW.PANGEABROKER.IT) – E-MAIL: [INFO@PANGEABROKER.IT](mailto:INFO@PANGEABROKER.IT) -- PEC: PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT

P.IVA 14368791001 – Iscr. RUI B000579053

# PANGEA | BROKER

LUOGO E DATA	FIRMA CONTRAENTE	FIRMA INTERMEDIARIO

VALUTAZIONE DI COERENZA PAG 3 di 3

Informativa Precontrattuale – Aggiornata al Provvedimento Ivass n.147/2024 -  
Mod\_Rev\_Agosto\_2024

**PANGEA BROKER S.R.L.**

VIA FLAMINIA 732 – 00191 – ROMA

TELEFONO: 06/89532806 – FAX: 06/89532806

[WWW.PANGEABROKER.IT](http://WWW.PANGEABROKER.IT) – E-MAIL: [INFO@PANGEABROKER.IT](mailto:INFO@PANGEABROKER.IT) – PEC: PANGEABROKER@LEGALMAIL.IT  
P.IVA 14368791001 – Iscr. RUI B000579053