

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: ____/____/____ Età: _____
 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 responsabilità professionali
 - esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità 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 responsabilità professionali?**
- no
 - si
- 3) Tipo di attività svolta** **L'attività odontoiatrica da Lei esercitata è svolta:**
- senza interventi di implantologia o attività parificate ad essa
 - con interventi di implantologia osteointegrata e/o le attività parificate
 Si considerano attività equiparate le seguenti: La protesizzazione su impianti; Il rialzo del seno mascellare in genere; Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. split crest), L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili; Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale
 - con interventi di implantologia in genere
 Si considerano attività equiparate le seguenti: La protesizzazione su impianti; L'inserimento di impianti zigomatici (la copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica); L' implantologia con carico immediato (si considera carico immediato quando la protesizzazione si svolge entro e non oltre i due mesi successivi alla posizionamento del o degli impianti; I mini impianti con diametro inferiore a tre millimetri non rientrano nella categoria implantare e possono essere inseriti anche in grado A o B
- 3A) In relazione all'attività odontoiatrica, svolge anche trattamenti di medicina estetica?**
- si
 - no
- I trattamenti di medicina estetica vengono effettuati su tutto il volto?**
- si
 - no
- Quale tipo di formazione possiede in riferimento ai trattamenti di medicina estetica?**
- Solo per l'esecuzione di Filler
 - Master universitario di II° livello presso uno degli Istituti indicati nel testo normativo OPZIONE B
 - Corso ANDI di medicina estetica del viso e del sorriso
 - Nessuna formazione
- 3B) Si avvale della collaborazione di altri medici, odontoiatri o igienisti dentali?**
- no
 - si
 se sì, i collaboratori sono tutti assicurati con una Polizza RC Professionale ANDI?
 sì no
- 3C) Riveste la carica di Direttore Sanitario?**
- no
 - si

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/INF-MAL-Ed. 31/12/2023