



## Professional Liability Proposal Form (Dentists) Questionario – Proposta (Dentisti)

### Important Information

#### Informazione importante

---

This proposal form must be fully completed. All questions must be answered YES. In case of a negative answer, please give profuse and necessary details about it. However, it does not bind you or Underwriters to enter into any contract of insurance until the proposal form signed and dated is satisfactory received and approved by the underwriters at their sole discretion.

All facts material to the proposed insurance must be disclosed, fully and truthfully to the best of your knowledge and belief. Failure to do so may make the contract of insurance voidable or severely prejudice your rights in the event of a claim. A material fact is one likely to influence Underwriters' assessment or acceptance of the proposal.

*Il seguente questionario - proposta deve essere riempito in ogni sua parte. Si prega di rispondere a tutte le domande. In caso di risposta negativa (NO), si prega di dare tutti i dettagli necessari. In ogni caso, la compilazione del questionario – proposta non impegna né il proponente né gli Assicuratori a stipulare il contratto di assicurazione fino a quando tale questionario- proposta non venga ricevuto e approvato dagli Assicuratori. Tutti i fatti e le circostanze relative alla presente proposta di assicurazione devono essere quanto il più possibile completamente rivelati e comunicati agli Assicuratori al fine di non pregiudicare i diritti del proponente-assicurato in caso di sinistro. Un fatto o circostanza rilevante è tale quando in grado di influenzare il giudizio e l'accettazione del rischio da parte degli Assicuratori.*

---

### Proposer Details

#### Dettagli del proponente

Insured / Proposer  
*Assicurato/Proponente*

Practice title (s)  
*Titolo professionale*

Principal Address  
*Indirizzo*

Fiscal Identification Number  
*Codice Fiscale*


Establishment / License obtained  
Anno registrazione albo, se applicabile

Registration body  
Denominazione albo/registro

Web site  
Sito web

Description of activities  
Breve descrizione attività


### Risk questions

#### Dettagli del rischio

		Yes	No
1	Are you licensed to practice in accordance with the appropriate regulatory body? <i>Il proponente è autorizzato a esercitare la propria professione in linea con le previsioni dell'albo professionale?</i>		
2	Does the insured have facilities for sterilisation of instruments in accordance with current legal guidelines? <i>L'assicurato è nelle condizioni di sterilizzare gli strumenti in accordo con le attuali linee guida?</i>		
3	Do you have implemented data protection policy for the handling of personal data which is clearly communicated to all employees? <i>Esiste una procedura di protezione dei dati personali chiaramente comunicata a tutti i dipendenti?</i>		
4	Are medical records checked before any procedures undertaken? <i>Le cartelle cliniche sono controllate prima che qualsiasi procedura sia iniziata?</i>		
5	The proposed declares that the license has ever been refused, suspended, withdrawn or had conditions imposed. <i>Il proponente dichiara che la sua licenza non è mai stata rifiutata, sospesa, ritirata o soggetta a condizioni restrittive.</i>		
6	The proposer declares that no concerns had ever been raised about the conduct, clinical practice or performance, educational progress, business administration by employer, dental school, clinical colleague or any other body? <i>Il proponente dichiara che non vi è mai stato alcun reclamo da parte del datore di lavoro, istituti di formazione dentistica, colleghi e organizzazione di settore relativamente alla condotta, attività clinica, percorso di formazione educativo, attività amministrativa dello studio.</i>		

7	<p>The proposer declares that is not aware of any incidents or circumstances, irrespective of their seriousness, which could lead to an investigation, complaint, claim, disciplinary action, legal dispute, suspension from practice, imposition of restrictions or conditions on the registration or licence to practise, or removal from a professional register or the licence to practise, by a registration body.</p> <p><i>Il proponente dichiara di non essere a conoscenza di nessun incidente o circostanza, indipendentemente dalla sua gravità, che potrebbe condurre a investigazioni, lamentele, sinistri, azioni disciplinari, dispute legali, sospensione dell'attività, imposizione di misure restrittive dell'attività, cancellazione dall'albo/registro da parte degli organi competenti.</i></p>		
---	--	--	--

### Limit of indemnity, deductible, retroactivity

#### Limiti di indennizzo, franchigia, retroattività

Limit 1/ Limite 1:	Deductible 1/ Franchigia 1:	Retroativity 1 /Retro 1:
Limit 2/ Limite 2:	Deductible 2/ Franchigia 2:	Retroativity 2 /Retro 2:
Limit 3/ Limite 3:	Deductible 3/ Franchigia 3:	Retroativity 3 /Retro 3:

### Previous insurance coverage

#### Precedente copertura assicurativa

<p>Has your Practice or any prior Practice ever been insured? If yes, provide details:          È il suo studio, o suoi studi precedenti, mai stato assicurato? Se sì, si prega di fornire i dettagli:</p>				Yes	No
Insurance company Compagnia:	Limit Limite: Eur	Premium Premio: Eur	Deductible Franchigia: Eur		
Expiring date: Data di scadenza:	Reason for leaving: Ragione per cui si desidera cambiare compagnia:				

### Employees

#### Dettaglio impiegati

Partners: Partners:	
Qualified Staff: Personale qualificato:	
Administrative staff: Personale amministrativo:	
Others: Altri:	

## Coverage

### Condizioni particolari

Do you undertake implantology works? <i>Il proponente effettua interventi di implantologia?</i>		
Do you work as Dental Hygienist <i>Il proponente svolge attività d'igienista dentale?</i>		
Young Professional/New graduates <i>Giovane professionista/Neolaureato</i>		

## Type of activity

### Tipologia attività

Private professional <i>Professionista privato/studio associato</i>		
Public or Ealth Company Employee <i>Dipendente di Ente Pubblico o Azienda Sanitaria Pubblica Attività Ospedaliera</i>		

We declare that the statements and particulars in this proposal are true and that no material facts have been mis-stated or suppressed. I/We agree that this proposal, together with any other information supplied shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I/ We undertake to inform the Insurers of any material alteration to those facts occurring before the completion of the contract of insurance.

*Il proponente dichiara che le affermazioni e informazioni redatte nel questionario-proposta sono vere e che nessun fatto rilevante è stato omesso o alterato. Il proponente altresì riconosce che il questionario – proposta e le informazioni fornite costituiscono la base dell'eventuale contratto di assicurazione. Il proponente si impegna ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale materiale variazione delle informazioni fornite prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione*

Name/ Nome e Cognome:

Title/Titolo di chi firma (se applicabile):

Date/Data:

Signature/Firma:

Il vostro Intermediario



**POLIZZA MIGLIORE SRL**

Sede legale in  
Via Silvio Pellico n°5  
12037 Saluzzo(CN)  
0175-41671