

## RC professionale ODONTOIATRI

**Spett. Studio medico, gentilissimo dottore,**

ci preghiamo di sottoporre l'offerta RC Professionale ODONTOIATRI E STUDI ODONTOIATRI, disponibili ad ogni ulteriore approfondimento, ringraziamo per l'attenzione.

### Sommario

<b>1. Proposta Offerta RC Prof. Medici Odontoiatri .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Personalizzazione proposta RC Prof. Medici Odontoiatri.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Come sottoscrivere la polizza.....</b>	<b>2</b>
<b>4. Questionario assuntivo .....</b>	<b>3</b>

### 1. Proposta Offerta RC Prof. Medici Odontoiatri

Nella sezione sotto in dettaglio si propongono le tariffe base (premio annuo non vincolante in assenza di sinistri) nel rispetto ed in aderenza alla specifica normativa e decreto attuativo.

ODONTOIATRI – Singoli professionisti	MASSIMALI	
	€ 3.000.000 per anno € 1.000.000 per sinistro	€ 6.000.000 per anno € 2.000.000 per sinistro
Giovane odontoiatra	<b>235,00 €</b>	-
Senza implantologia	<b>490,00 €</b>	<b>630,00 €</b>
Con implantologia	-	<b>1.050,00 €</b>
Con implantologia ed estetica	-	<b>1.312,50 €</b>

#### Garanzie incluse:


- Retroattività 10 anni
- Franchigia assoluta 500,00 senza implantologia, 2.500,00 con.
- RC della conduzione dello studio professionale
- Consenso informato

MOD. 2025-10

**Calastri broker**  
P.iva 07551780633  
Rui Ivass B00001012

**Sede legale:**  
Via R. Morghen, 67 a-d  
80129 Napoli

tel. 0815784704  
email [info@calastribroker.com](mailto:info@calastribroker.com)  
pec [iblconsult@pec.it](mailto:iblconsult@pec.it)

 **WhatsApp: 0815784704**  
**Website:**  
[www.CalastriBroker.com](http://www.CalastriBroker.com)

## 2. Personalizzazione proposta RC Prof. Medici Odontoiatri


Sono previste anche altre tipologie di tariffe, su richiesta sarà inoltre possibile fornire quotazione per studi associati e cliniche odontoiatriche. Ogni quotazione potrà essere personalizzata aggiungendo garanzie aggiuntive ed estese con scoperti e sotto limiti.

### **Garanzie aggiuntive (con extra-premio)**

- Retroattività illimitata
- Variazione franchigia su implantologia
- Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa
- Attività estetica
- Insuccesso implantare (non derivante da errore professionale)
- Rimborso compensi
- Estensione temporale della copertura

## 3. Come sottoscrivere la polizza

L'intero processo di preventivazione, emissione e sottoscrizione del contratto assicurativo può avvenire a distanza con processo di firma elettronica certificata o presso la ns. sede previo appuntamento.


- 1) Ci contatti per ricevere la documentazione precontrattuale.
  - e-mail all'indirizzo [preventivi@calastribroker.com](mailto:preventivi@calastribroker.com) ;
  - [chat whatsapp](#)  numero 0815784704;
  - telefono 081 5784704; ns. sede Via R. Morghen 67/A-D cap 80129 Napoli
- 2) Invi la documentazione precontrattuale / questionario sotto riportato compilato.
- 3) Alla ricezione della documentazione si riceverà conferma delle condizioni e indicazioni per procedere con il perfezionamento che potrà avvenire anche a distanza tramite gestione digitale con firma FEA (firma elettronica avanzata).

MOD. 2025-10

**Calastri broker**  
P.iva 07551780633  
Rui Ivass B00001012

*Sede legale:*  
Via R. Morghen, 67 a-d  
80129 Napoli

tel. 0815784704  
email [info@calastribroker.com](mailto:info@calastribroker.com)  
pec [iblconsult@pec.it](mailto:iblconsult@pec.it)

 *WhatsApp: 0815784704*  
*Website:*  
[www.CalastriBroker.com](http://www.CalastriBroker.com)

## 4. Questionario assuntivo

### **Responsabilità Civile per la Professione Odontoiatrica**

(indicare la specializzazione / professionalità per la quale si richiede l'assicurazione:

- ☐ Odontoiatra senza implantologia
- ☐ Odontoiatra con implantologia)
- ☐ Giovane Odontoiatra (specificare età ed anno iscrizione albo)
- ☐ Odontotecnico
- ☐ Igienista dentale

#### **1. Informazioni generali ed anagrafiche**

**A) Se il contraente è uno Studio, Associazione Professionale o Azienda odontoiatria indicare:**

Ragione Sociale:

Codice fiscale / P.iva

Data di costituzione

allegare elenco persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione completo di data di iscrizione all'albo

nome e cognome	specializzazione	cod.fisc.	p.iva	anno iscr. albo

**B) Se il contraente è un medico odontoiatra / odontotecnico / igienista dentale individuale indicare:**

Cognome e Nome

Codice fiscale / P.iva

Data di nascita / Luogo di nascita

Iscrizione all'albo e numero

**C) Dati generali:**

Indirizzo; Via/Piazza/Corso

CAP/Località/Provincia

Indirizzo e-mail

N. Telefono e N. cellulare

MOD. 2025-10

## 2. Offerta Base RC Professionale Odontoiatri e personalizzazioni

ATTIVITA' SVOLTA	MASSIMALE	
	€ 3.000.000 per anno € 1.000.000 per sinistro	€ 6.000.000 per anno € 2.000.000 per sinistro
Singoli professionisti		
GIOVANE ODONTOIATRA	235,00 €	
SENZA IMPLANTOLOGIA	490,00 €	630,00 €
CON IMPLANTOLOGIA		1.050,00 €
CON IMPLANTOLOGIA ED ESTETICA		1.312,50 €
Studi associati e aziende odontoiatriche		
	da quotare	da quotare

**Garanzie incluse** (previa conferma da parte della compagnia ed assenza di sinistri):

- ☒ Retroattività 10 anni
- ☒ Franchigia assoluta 500,00 senza implantologia, 2.500,00 con (o di quanto stabilito nella scheda di polizza che seguirà)
- ☒ RC della conduzione dello studio professionale (o di quanto stabilito nella scheda di polizza che seguirà)
- ☒ Consenso informato

**Garanzie aggiuntive:**

- ☐ Servizio di Emergenza Sanitaria (D.Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)
- ☐ Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa
- ☐ Variazione franchigia su implantologia
- ☐ Attività estetica
- ☐ Insuccesso Implantare
- ☐ Rimborso compensi
- ☐ Altro


Altre note eventuali:


MOD. 2025-10

**Calastri broker**  
P.iva 07551780633  
Rui Ivass B00001012

*Sede legale:*  
Via R. Morghen, 67 a-d  
80129 Napoli

tel. 0815784704  
email [info@calastribroker.com](mailto:info@calastribroker.com)  
pec [iblconsult@pec.it](mailto:iblconsult@pec.it)

 **WhatsApp: 0815784704**  
*Website:*  
[www.CalastriBroker.com](http://www.CalastriBroker.com)

### 3. Sinistri e circostanze da segnalare

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di polizza ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se si fornire dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se si fornire dettaglio

### 4. Altre precedenti assicurazioni ed ulteriori esigenze

Esiste altra Polizza per l'Assicuratore della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se si fornire dettaglio
Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se si fornire dettaglio

<p>Il Proponente è precedentemente stato assicurato per la RC Professionale?</p> <p>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>a) Nome degli Assicuratori <input type="text"/></p> <p>Numero di polizza <input type="text"/></p> <p>b) Massimale assicurato <input type="text"/></p> <p>c) Franchigia <input type="text"/></p> <p>d) Data di scadenza <input type="text"/></p> <p>e) Numero di anni di copertura precedente continua <input type="text"/></p> <p>Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui si è stati assicurati <input type="text"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà ?	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SI allegare dettaglio</p>
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienza o azioni disciplinari, soggetto a litigazioni o radiato dall'ordine professionale?	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SI allegare dettaglio</p>

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e successivi, si acconsente al trattamento e alla comunicazione dei propri dati al fine delle migliori quotazioni possibili da parte di sottoscrittori e compagnie assicurative; si prende atto della informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari in ambito assicurativo. Il presente questionario non costituisce materiale contrattuale o vincolante fra le parti.

Nome e Cognome/Ragione sociale


luogo e data

MOD. 2025-10

**Calastri broker**  
P.iva 07551780633  
Rui Ivass B00001012

*Sede legale:*  
Via R. Morghen, 67 a-d  
80129 Napoli

tel. 0815784704  
email [info@calastribroker.com](mailto:info@calastribroker.com)  
pec [iblconsult@pec.it](mailto:iblconsult@pec.it)

 **WhatsApp: 0815784704**  
**Website:**  
[www.CalastriBroker.com](http://www.CalastriBroker.com)