

Responsabilita' Civile del Medico – Laureato in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Biologia

Modulo di proposta

L'indicazione di premio e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile)

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una indicazione di premio. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

(3) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome, Cognome, cellulare, email:

(b) Indirizzo

(c) Codice fiscale:

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI: indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio

In caso affermativo, precisare:

(a) Impresa assicuratrice

(b) Periodo di polizza

(c) Massimale di polizza

(d) Premio ultima annualita'

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si No

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali - fra le opzioni seguenti - il proponente desidera inserite in polizza -

(a) MASSIMALE DI RISARCIMENTO

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 250.000 EUR 500.000 EUR 750.000 EUR 1.000.000
EUR 1.500.000 EUR 2.000.000 EUR 2.500.000 EUR 5.000.000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA'**: indicare il periodo di retroattività richiesto:

Decorrenza 2 anni 5 anni

c) **ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE** - indicare se il proponente richiama/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza delle richieste di risarcimento originarie da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza:

- ESCLUSIONE RICHIESTA
- ESCLUSIONE RICHIESTA (ad eccezione di procedure riguardanti la Medicina Estetica)
- ESCLUSIONE NON RICHIESTA

(d) **FRANCHIGIA:** Euro 0

04. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività:

Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/>
Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>
Andrologia	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>
Angiologia	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatra	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>
Biologia	<input type="checkbox"/>	Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato	<input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Oncologia	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia con implantologia/Odontoatria	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia senza implantologia/Odontoatria	<input type="checkbox"/>
Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Genetica Medica	<input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Geriatrica	<input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia	<input type="checkbox"/>
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
		Urologia	<input type="checkbox"/>

05. SINISTROSITÀ PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

Si No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente?

Si No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

06. DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- a) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- b) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- c) di non aver mai avuto rifiutata e/o cancellata una copertura assicurativa di RC Professionale.

Firma: _____ Data: _____

Nome e Cognome (in maiuscolo): _____

Qualifica: _____

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma « CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:
Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4 Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10 Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 10.1)
Articolo 16 Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni
Articolo 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19 Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 23 Clausola Broker/Agente
Articolo 24 Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI: il proponente dichiara di accettare l'esclusione delle richieste di risarcimento originate da procedure invasive come definite nel testo di polizza.

Firma: _____ Data: _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma: _____ Data: _____

Nome (in maiuscolo): _____