

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

### Avviso importante

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.).
- II. Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.
- III. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà essere a lei denunciato.

### 1) Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

### 1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una x se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

### 2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

1 Milioni     2 Milioni     3 Milioni

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra:

No retroattività     1 anno     2 anni     3 anni     4 anni     5 anni

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

### 3) Qualifica del Proponente/Assicurato

TABELLA 1

Fascia	Specializzazioni Attività Chirurgiche e Invasive	Indicare La Specializzazione X
1	Medicina di base (Chirurgia Minore)*	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività chirurgica	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)*	
	Endocrinochirurgia	
	Patologia (Chirurgia Minore)*	
	Pneumologia	
	Medicina interna (Chirurgia Minore)*	
	Malattie infettive	
	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica	
4	Radiologia Interventista	
	Chirurgia Andrologica	
	Cardiologia interventista	
	Igiene e medicina preventiva	
	Ortopedia (Chirurgia Minore)*	
	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
5	Ematologia	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
6	Geriatrics	
	Urologia	
	Oncologia	
	Gastroenterologia	
7	Chirurgia pediatrica	
	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)	
	Chirurgia Generale	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
8	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)	
	Cardiochirurgia	
	Angiologia	
9	Pediatria con neonatologia	
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia d'urgenza	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
13	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	
<b>NOTA: *Chirurgia minore: con il termine chirurgia minore si intendono gli interventi ambulatoriali che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto generalmente in anestesia locale.</b>		

TABELLA 2

Fascia	Specializzazioni Attività non Chirurgiche	Indicare La Specializzazione X
1	Audiologia	
	Psicologia	
	Dietologia	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
2	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia	
3	Igiene e medicina preventiva	
	Ematologia	
	Dermatologia - Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia	
	Geriatrics	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
Psichiatria		
4	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
	Reumatologia	
	Pediatria senza neonatologia	
	Pneumologia	
	Diabetologia	
	Endocrinologia	
	Farmacologia	
	Neurologia	
	Fisiatria - Medicina fisica riabilitativa	
Medicina interna		
Medicina dello sport		
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
6	Radiologia (no mammografia)	
	Ortopedia	
7	Radiologia senza interventi chirurgici	
	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	
	Anestesia rianimazione	

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

### 4) Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

Per ogni sinistro indicare:

ANNO	BREVE DESCRIZIONE	AMMONTARE DI RICHIESTA RISARCIMENTO

Indicare se il Proponente/Assicurato è a conoscenza di fatti, azioni o omissioni dai quali possono derivare richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità (in aggiunta a quanto sopra indicato)?

NO       SI

**NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI**

### 5) Indicare la decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

### 6) Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

### 7) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_