

## Responsabilità civile del Personale Sanitario Dipendente, non Dipendente e Convenzionato di Strutture Sanitarie Private

### Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta 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.  
 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. Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

**1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE**

1.A Nome  1.B Cognome

1.C Città  1.D Provincia  1.E CAP

1.F Indirizzo  1.G Partita Iva/Codice Fisca

1.H Denominazione Ente di appartenenza

1.I Telefono cellulare +39  1.J Indirizzo email

**2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI**

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?  SI  NO

2.B Assicuratori  2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia  2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale

**3. CONDIZIONI DI POLIZZA**

3.A Massimale per sinistro ed in aggregato annuo  
 € 1.500.000  € 2.500.000  € 3.000.000  € 5.000.000

3.B Franchigia per ogni e ciascun sinistro €  ZERO

3.C Periodo di retroattività  10 anni

3.E Il Proponente richiede l'estensione di copertura alle attività invasive così come definite all'Art. 25 del Testo di Polizza?  SI  NO

3.D Posizione del Proponente:  
 Dirigente Medico / Medico non Dirigente  Personale Sanitario non Dirigente  Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale   
 Personale Dirigenziale non Medico  Quadro Sanitario / Restante personale Non Sanitario  Dirigente Infermieristico

3.E Indicare le specializzazioni esercitate dal Proponente:

Allergologia ed Immunologia Clinica <input type="checkbox"/>	Gastroenterologia <input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/>
Anatomia patologica <input type="checkbox"/>	Genetica Medica <input type="checkbox"/>	Neurologia <input type="checkbox"/>
Andrologia <input type="checkbox"/>	Geriatrica <input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/>
Anestesia e rianimazione <input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto <input type="checkbox"/>	Oftalmologia <input type="checkbox"/>
Angiologia <input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto <input type="checkbox"/>	Oncologia <input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatría <input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva <input type="checkbox"/>	Ortopodiatria con implantologia/Odontoiatria <input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica <input type="checkbox"/>	Immunologia <input type="checkbox"/>	Ortopodiatria senza implantologia/Odontoiatria <input type="checkbox"/>
Biologia <input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia <input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia <input type="checkbox"/>
Cardiochirurgia <input type="checkbox"/>	Malattie infettive <input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/>
Cardiologia <input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro <input type="checkbox"/>	Patologia clinica <input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente <input type="checkbox"/>	Medicina dello sport <input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi pazienti primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza <input type="checkbox"/>	Medicina di base <input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi pazienti primi 60 gg <input type="checkbox"/>
Chirurgia generale <input type="checkbox"/>	Medicina di comunità <input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica <input type="checkbox"/>
Chirurgia maxillo facciale <input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza <input type="checkbox"/>	Psicologia clinica <input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria <input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica <input type="checkbox"/>
Chirurgia plastica e ricostruttiva <input type="checkbox"/>	Medicina generale <input type="checkbox"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica <input type="checkbox"/>	Medicina interna <input type="checkbox"/>	Reumatologia <input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare <input type="checkbox"/>	Medicina legale <input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia <input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia <input type="checkbox"/>	Medicina nucleare <input type="checkbox"/>	Tossicologia medica <input type="checkbox"/>
Ematologia <input type="checkbox"/>	Medicina tropicale <input type="checkbox"/>	Urologia <input type="checkbox"/>
Endocrinochirurgia <input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato <input type="checkbox"/>	Veterinaria <input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio <input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Epatologia <input type="checkbox"/>	Nefrologia <input type="checkbox"/>	
Farmacologia <input type="checkbox"/>	Neurochirurgia <input type="checkbox"/>	SPECIALIZZANDO <input type="checkbox"/>

**4. SINISTROSITÀ PREGRESSA**

4.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
----	----

4.B Il Proponente è 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 nei suoi confronti?

SI	NO
----	----

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;

**! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'IVASS.**

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività

Art. 16 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Art. 3 - Oggetto dell'Assicurazione

Art. 17 - Recesso in caso di sinistro

Art. 8 - Esclusioni

Art. 20 - Clausola Broker

Art. 14 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione

Art. 22 - Dichiarazioni dell'Assicurato

Art. 15 - Coesistenza di altre assicurazioni

Art. 25 - Clausola di Esclusione degli Interventi Invasivi

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data