

# Responsabilità civile del Personale Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

## 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 grave”(Art 1892 comma I Codice Civile).

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 Codice Fiscale

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. INFORMAZIONI GENERALI

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 1.500.000  € 2.500.000  € 3.000.000  € 5.000.000

3.B **Retroattività**  10 ANNI

3.C **Franchigia** € ZERO

3.D **Posizione** del Proponente: Dirigente Medico  Dirigente non Medico  Personale Sanitario non Medico  Specializzando

3.E Indicare le **specializzazioni** esercitate dal Proponente:

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

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè 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 SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

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 - Dichiarazioni dell'Assicurato

Art. 17 - Coesistenza di altre Assicurazioni

Art. 4 - Forma dell'Assicurazione ("Claims made" - Retroattività)

Art. 18 - Obbligo dell'Assicurato in caso di Sinistro

Art. 10 - Esclusioni

Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro

Art. 16 - Modalità della proroga automatica - Rescindibilità annuale

Art. 22 - Clausola Broker

**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

 /  /