

Responsabilità civile del Dipendente del SSN che esercita l'attività in regime extramurario 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.

Il Contraente dichiara che l'attività svolta in regime extramurario è minima rispetto all'attività svolta come dipendente con contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 90%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 70%;" type="text"/>	1.D Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/> 1.E CAP <input style="width: 10%;" type="text"/>
1.F Indirizzo <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.G Codice Fiscale <input style="width: 20%;" type="text"/>	1.H Partita Iva <input style="width: 20%;" type="text"/>
1.I Denominazione Ente di appartenenza <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.J Telefono cellulare +39 <input style="width: 10%;" type="text"/>	1.K Indirizzo email <input style="width: 50%;" type="text"/>

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

€ 1.500.000 € 2.500.000 € 3.000.000 € 5.000.000

3.B Periodo di **retroattività** 10 ANNI

3.C **Franchigia** € ZERO

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

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

3.E Il Proponente richiede l'estensione all'attività extramuraria?

in caso di risposta affermativa rispondere alle seguenti domande:

- Il Proponente richiede l'estensione all'attività invasiva relativamente all'attività extramuraria?
- La specializzazione del Proponente è tra le seguenti: Cardiologia, Cardiochirurgia, Neurologia, Neurochirurgia?

in caso di risposta affermativa:
Limitatamente all'attività libero-professionale svolta in regime extramurario, il Proponente conferma di non aver formulato diagnosi, negli ultimi 10 anni, basate su strumenti e/o tecniche di diagnostica per immagini?

si	no
si	no
si	no
si	no

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?

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
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 (secondo rischio)
Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)	Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Art. 10 - Esclusioni	Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro
Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione	Art. 22 - Clausola Broker/Agente di Assicurazione

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 / /