Responsabilità civile del Professionista Sanitario Non-Medico
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 Partita Iva

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

€ 250.000 ☐	€ 500.000 ☐	€ 750.000 ☐	€ 1.000.000 ☐
€ 1.500.000 ☐	€ 2.000.000 ☐	€ 2.500.000 ☐	€ 5.000.000 ☐

3.B **Franchigia** per ogni e ciascun sinistro € ZERO

3.C Indicare il periodo di **retroattività** richiesto

Decorrenza ☐ 1 Anno ☐ 2 Anni ☐ 3 Anni ☐ 4 Anni ☐ 5 Anni ☐

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

Assistente Sociale ☐	Operatore Socio Sanitario ☐	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica ☐
Biologo ☐	Ortottista ☐	Tecnico di Laboratorio ☐
Bionaturopata ☐	Osteopata ☐	Tecnico nell'Alimentazione Dietetica ☐
Chinesiterapeuta ☐	Pedagogo ☐	Tecnico Neurofisiopatologo ☐
Chiropratico ☐	Perfusionista ☐	Tecnico Ortopedico ☐
Cosmetologo ☐	Podologo ☐	Tecnico per l'Ambiente del lavoro ☐
Dietista ☐	Pranoterapeuta ☐	Tecnico Radiologo ☐
Erborista ☐	Psicologo ☐	Terapista Audiometrico ☐
Fisioterapista ☐	Psicologo del Lavoro ☐	Terapista Neurologico e Psicomotorio ☐
Igienista Dentale ☐	Psicomotricista ☐	Terapista Occupazionale ☐
Infermiere Professionale NON Ostetrico ☐	Riflessologo ☐	Terapeuta ☐
Logopedista ☐	Tatuatore ☐	Tossicologo Ambientale ☐
Massaggiatore ☐	Tecnico Audiologo ☐	
Naturopata ☐	Tecnico Audiometrista ☐	
Odontotecnico ☐	Tecnico Camera Iperbarica ☐	

4. SINISTROSITÁ 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 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;

! **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. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)
Art. 10 - Esclusioni
Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro
Art. 23 - Clausola Broker/Agente

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 / /