

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

### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal Proponente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.  
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del contratto. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- III. 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.

### Dati del Proponente/Assicurato

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

\*CAMPI OBBLIGATORI

### 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:

IMPRESA ASSICURATRICE	PERIODO DI ASSICURAZIONE	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
	ANNUALITÀ IN CORSO		
	PRIMO ANNO PRECEDENTE		
	SECONDO ANNO PRECEDENTE		

Indicare con una X se:

- È mai stata disdetta la polizza per sinistro:  SI'  NO
- È mai stato rifiutato il rinnovo della polizza:  SI'  NO

### 2) Massimale e Periodo di Retroattività

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  10 anni  Illimitata

**AVVERTENZA:** con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 Marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di Assicurato al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

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

3) **Qualifica del Proponente/Assicurato (è necessario contrassegnare con una X tutte le attività che si intende assicurare ed includere nella copertura)**

### ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
1	Medicina di base (con Attività Invasiva)*	
	Ortodontista	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività invasiva	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva	
	Endocrinochirurgia	
	Medicina d'Urgenza e 118	
	Pneumologia con attività invasiva	
	Medicina interna con attività invasiva	
	Malattie infettive con attività invasiva	
	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica	
	Radiologia Interventista e neuroradiologia	
Neurologia con atti invasivi		
4	Terapia del dolore con atti invasivi	
	Andrologia con attività chirurgica	
	Cardiologia interventistica	
	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi	
5	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
	Urologia	
	Oncologia e Senologia	
	Gastroenterologia	
	Chirurgia pediatrica	
6	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva	
	Ematologia con attività invasiva	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
7	Medicina estetica con attività invasiva	
	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)	
	Chirurgia Generale	
	Chirurgia addominale	
	Nefrologia	
8	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)	
	Cardiochirurgia	
9	Angiologia	
	Chirurgia Ricostruttiva	
	Pediatria con neonatologia e TIN	

### ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
1	Audiologia	
	Psicologia Clinica	
	Scienze dell'alimentazione	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
	Medicina Termale	
	Malattie Tropicali	
	Neuropsichiatria infantile	
	Medicine non convenzionali e osteopatiche	
	Igiene degli alimenti	
2	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia e Immunologia clinica	
	Igiene e medicina preventiva	
	Medicina Aeronautica e spaziale	
	Terapia del dolore e cure palliative	
	Ematologia e Medicina Trasfusionale	
3	Dermatologia- Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia e Flebologia	
	Geriatrics	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
	Psichiatria	
	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
	Reumatologia	
	Pediatria senza neonatologia	
Medicina di comunità		
Biochimica Clinica		
4	Medicina Nucleare	
	Genetica Medica	
	Farmacia Ospedaliera	
	Fisica Medica	
	Pneumologia	
	Diabetologia e malattie del metabolismo	
	Endocrinologia e malattia del ricambio	
	Neurofisiopatologia	
	Farmacologia	
	Neurologia	
	Medicina fisica riabilitativa	
	Medicina interna	
	Medicina dello sport	

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

### ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia della mano	
	Chirurgia d'urgenza e 118	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica	
	Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
13	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)	

### ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
6	Radiodiagnostica (no mammografia)	
	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni	
7	Radiodiagnostica con mammografia	
	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	
8	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva senza attività invasiva	
	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita	

#### NOTA: \*

- 1) Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.
- 2) Attività invasiva: Quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici.

#### 4) *Precisazioni inerenti l'attività professionale svolta*

- Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta? \_\_\_\_\_ (scrivere il numero di anni);
- Indicare il regime professionale in cui si esercita la propria attività professionale:

Dipendente pubblico;  Dipendente privato;  Libero Professionista;

#### 5) *Sinistrosità del Proponente/Assicurato*

##### 5.1 *Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti Richieste di Risarcimento*

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SI negli ultimi 5 anni, indicare quante Richieste di Risarcimento: \_\_\_\_\_

##### 5.2 *Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio*

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SI negli ultimi 5 anni

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati, di cui ai punti 5.1 e 5.2, si invita il Proponente/Assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente Modulo di Proposta e di cui forma parte integrante.**

#### 6) *Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza*

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

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

### 7) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- 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.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- **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 entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione - Retroattività; Articolo 2 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Esclusioni; Articolo 5 - Limiti territoriali; Articolo 6 - Persone non considerate terzi; Articolo 7 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Responsabilità Solidale; Articolo 9 - Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione dell'attività - Protezione eredi; Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro; Articolo 11 - Facoltà di Recesso; Articolo 17 - Coesistenza di altre Assicurazioni; Articolo 18 - Pagamento del Premio.
- **Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'Allegato 3 - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e l'Allegato 4 - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Set Informativo (AmTrust Doctors Silver - Ed. 01/2019).**
- Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.
- E' consentito il frazionamento semestrale del Premio con oneri pari al 3% del Premio stesso, per importi superiori ad Euro 5.000,00.
- I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato nelle Condizioni di Assicurazione.
- **AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Rappresentanza Generale per l'Italia:  
Via Clerici, 14 • 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

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

### **SCHEMA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere compilata in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### **A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 5.1 e 5.2 della proposta**

- 1) Indichi il medico la data e la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 5.1. e 5.2 del questionario:

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA\*

\*CAMPO OBBLIGATORIO

- Richiesta risarcimento danni/reclamo; specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_;
- Atto di Citazione;
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.;
- La notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale;
- Ricevimento di istanza di mediazione.

- 2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

#### **B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo**

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda Sanitaria insieme al proponente/assicurato
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

#### **C) Fase procedimentale**

- 1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

Se sì:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 5.1. e 5.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

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

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale si sia concluso**, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Sentenza di assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi elencati al punto A) 1, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust International Underwriters DAC.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

**AmTrust International Underwriters DAC**  
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
**Rappresentanza Generale per l'Italia:**  
Via Clerici, 14 • 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland