



Responsabilità Civile del Medico Libero Professionista

Modulo di proposta – Copertura Individuale

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE

“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)

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

(3) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma “claims made”.

01. Dati generali riguardanti il proponente:

- a) Nome e Cognome _____
- b) Indirizzo _____
- c) CAP, Città e Provincia _____
- d) CF _____

02. Precedenti assicurativi: indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? _____

In caso affermativo, precisare:

- (a) Impresa assicuratrice: _____
- (b) Periodo di polizza: _____
- (c) Massimale di polizza: _____
- (d) Retroattività di polizza: _____

Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si No _____

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: di seguito le condizioni inserite in polizza -

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO** - indicare il massimale richiesto

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 1.000.000

EUR 2.000.000

EUR 3.000.000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITÀ:** il periodo di retroattività - *Retroactive date*:

10 ANNI

(c) **ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE** - Sono escluse dalla copertura di polizza le richieste di risarcimento originate da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza

02. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività:

CATEGORIA 1

Audiologia	<input type="checkbox"/>	Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione	<input type="checkbox"/>
Medicina legale	<input type="checkbox"/>	Epatologia	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria	<input type="checkbox"/>	Medicina termale	<input type="checkbox"/>
Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>	Medicine non convenzionali e osteopatiche	<input type="checkbox"/>
Igiene degli alimenti	<input type="checkbox"/>				

CATEGORIA 2

Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>
Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>	Medicina Aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/>	Terapia del dolore e cure palliative	<input type="checkbox"/>

CATEGORIA 3

Ematologia e Medicina TrASFusionale	<input type="checkbox"/>	Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Odontoiatria senza implantologia	<input type="checkbox"/>
Stomacologia senza implantologia	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>	Angiologia	<input type="checkbox"/>
Geriatrics	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Microbiologia/Virologia	<input type="checkbox"/>
Psichiatria	<input type="checkbox"/>	Patologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Pediatria esclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>	Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Biochimica clinica	<input type="checkbox"/>
Medicina Nucleare	<input type="checkbox"/>	Genetica Medica	<input type="checkbox"/>	Farmacia ospedaliera	<input type="checkbox"/>
Fisica medica	<input type="checkbox"/>	Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>		

CATEGORIA 4

Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Diabetologia e malattie del metabolismo	<input type="checkbox"/>	Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>
Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>	Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>

CATEGORIA 5

Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	Oncologia	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Oculistica/oftamologia senza chirurgia	<input type="checkbox"/>	Medicina estetica	<input type="checkbox"/>
Diagnostica (esclusa mammografia)	<input type="checkbox"/>				

CATEGORIA 6

Ortopedia senza atti invasivi	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica con mammografia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Medico d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Andrologia	<input type="checkbox"/>
Anestesia	<input type="checkbox"/>				

CATEGORIA 7

Ginecologia senza chirurgia, senza assistenza al parto e fecondazione assistita	<input type="checkbox"/>	Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi, senza chirurgia e senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Rianimazione e terapia intensiva	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

04. SINISTROSITÀ PREGRESSA:

(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/ Yes No/ No

(b) Indicare se il proponente sia 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 del proponente?

Si/ Yes No/ No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

05. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara:

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Data:

Firma:

Qualifica:

Nome Leggibile:

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che il contratto di assicurazione proposto è nella forma «claims made» così come sopra specificato;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Data:

Firma:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Data:

Firma:

