

# Responsabilità civile del Medico Libero Professionista

## 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

K Anno di prima iscrizione all'Ordine Professionale

### 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 2.G Data di retroattività

### 3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Indicare il massimale richiesto

€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000	€ 2.500.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Il Massimale in aggregato sarà uguale a tre volte il Massimale per sinistro senza sovra premio con un limite massimo di € 6.000.000 in aggregato

**NB:** i massimali € 1.000.000 e € 1.500.000, non sono selezionabili per la specializzazione Ortopedia e Traumatologia

3.B Indicare la franchigia richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

€ 0	€ 1.500	€ 2.500	€ 5.000
€ 7.500	€ 10.000	€ 15.000	€ 20.000

3.C Indicare il periodo di retroattività richiesto

10 Anni Illimitata inferiore a 10 Anni

Se viene richiesta una retroattività inferiore a 10 Anni: In precedenza veniva svolta attività come dipendente ed è stata attivata la postuma decennale sulla polizza di colpa grave? si no

In caso di risposta affermativa indicare da quanti anni viene esercitata l'attività libero professionale \_\_\_\_\_

3.D Indicare le specializzazioni conseguite dal Proponente o quelle per cui sta ottenendo la specializzazione (specializzando):

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

SPECIALIZZANDO

3.E Il Proponente dichiara di essere in pensione? si    no

3.F Il Proponente presta servizio per Società sportive agonistiche e di elite, sia come dipendenti che come liberi professionisti. si    no

3.G E' richiesta l'inclusione dell'attività di medicina estetica? 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? 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)

#### 5. TUTELA LEGALE

5.A Il Proponente richiede l'estensione Rimborsio spese legali e scelta del legale? si    no

#### 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. 27 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione                |
| Art. 4 e 13 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)                               | Art. 28 - Coesistenza di altre assicurazioni                                  |
| Art. 6 - Spese legali e gestione delle vertenze  | Art. 32 - Facoltà di recesso in caso di sinistro                              |
| Art. 9 Precisazione sui rischi coperti   | Art. 33 - Clausola Broker/Agente  |
| Art. 10 e 20 - Esclusioni  | Art. 34 - Continuous Cover Clause - Applicabile unicamente in caso di rinnovo |
| Art. 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Rc Professionale                            | Art. 35 - Clausola di esclusione degli interventi invasivi                    |
| Art. 16 - Massimale di polizza e suddivisione del massimale per grado di giudizio                    |   |
| Art. 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Estensione Spese Legali e scelta del legale |   |

**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