

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 1 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	<input type="text"/>	1.B Cognome	<input type="text"/>
1.C Città	<input type="text"/>	1.D Provincia	<input type="text"/>
1.E CAP	<input type="text"/>		
1.F Indirizzo	<input type="text"/>		
1.G Codice Fiscale	<input type="text"/>	1.H Partita Iva	<input type="text"/>
1.I Anno di prima iscrizione all'Ordine	<input type="text"/>		
1.J Telefono cellulare +39	<input type="text"/>	1.K Indirizzo email	<input type="text"/>

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="text" value="si"/>	<input type="text" value="no"/>
2.B Assicuratori	<input type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura
2.D Franchigia	<input type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua
2.F Massimale	<input type="text"/>	2.G Data di retroattività

3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Indicare il **massimale** richiesto

€ 2.000.00 ☐ € 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

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

€ 0 <input type="checkbox"/>	€ 1,500 <input type="checkbox"/>	€ 2,500 <input type="checkbox"/>	€ 5,000 <input type="checkbox"/>
€ 7,500 <input type="checkbox"/>	€ 10,000 <input type="checkbox"/>	€ 15,000 <input type="checkbox"/>	€ 20,000 <input type="checkbox"/>

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

☐ Inferiore a 10 Anni ☐ 10 Anni ☐ Illimitata

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?

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

3.D Indicare le **specializzazioni/attività** esercitate dal Proponente

Andrologia	<input type="checkbox"/>	Ematologia e Medicina Trasfusionale	<input type="checkbox"/>	Oculistica/Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	<input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Odontoiatria/Ortognatodonzia/Stomatologia	<input type="checkbox"/>
Angiologia e Flebologia	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Oncologia e Senologia	<input type="checkbox"/>
Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Ortodontista	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia esclusi Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia inclusa Fecondazione assistita	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia inclusi Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	Ginecologia esclusa Ostetricia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia esclusa Traumatologia e Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria esclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/>	Medicina d'Urgenza e pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria inclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Maxillo facciale con Chirurgia	<input type="checkbox"/>	Medicina di base con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Pediatria	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Maxillo Facciale esclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>	Medicina estetica	<input type="checkbox"/>	Pediatria con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale	<input type="checkbox"/>	Pneumologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Radiologia e neuroradiologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva con Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Terapia del dolore e cure palliative	<input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>	SPECIALIZZANDO	<input type="checkbox"/>
Dermatologia/Venereologia con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Oculistica/Oftalmologia con Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>		

3.E Il Proponente dichiara di essere in **pensione**?

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 Rimborso 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, nè 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. 4 e 13 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)
 Art. 6 - Spese legali e gestione delle vertenze
 Art. 8 - Precisazione sui rischi coperti
 Art. 9 e 20 - Esclusioni
 Art. 27 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione

Art. 28 - Coesistenza di altre assicurazioni
 Art. 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
 Art. 32 - Facoltà di recesso in caso di sinistro
 Art. 33 - Clausola Broker di assicurazione
 Art. 34 - Continuous Cover Clause

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