

# Responsabilita' Civile del Medico – Laureato in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Biologia

## Modulo di proposta

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario 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.

### 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 1 Codice Civile)**

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' 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 DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente

(b) Indirizzo e codice fiscale:

(c) Fatturato ultimo anno fiscale completo:

**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) Premio ultima annualita'

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

Si  No

**03. CONDIZIONI DI POLIZZA:** indicare quali - fra le opzioni seguenti - il proponente desidera inserire in polizza -

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO**

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 250,000  EUR 750,000  EUR 1,500,000  EUR 2,500,000   
EUR 500,000  EUR 1,000,000  EUR 2,000,000  EUR 5,000,000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA':** indicare il periodo di retroattività richiesto - *Retroactive date: please state the requested retroactive period:*

(c) **ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE** – indicare se il proponente richiede/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza delle richieste di risarcimento originate da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza:

ESCLUSIONE RICHIESTA  ESCLUSIONE NON RICHIESTA

(d) **FRANCHIGIA:**

EUR 0  EUR 1,500  EUR 2,500  EUR 5,000   
 EUR 7,500  EUR 10,000  EUR 15,000  EUR 20,000  EUR \_\_\_\_

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

Area Medica		Area Chirurgica		Area Servizi Clinici	
Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Andrologia	<input type="checkbox"/>	Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Angiologia	<input type="checkbox"/>	Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/>	Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Farmacologia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Genetica Medica	<input type="checkbox"/>
Geriatría	<input type="checkbox"/>	Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Igiene e medicina	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>
Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>
Medico d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>
Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia	<input type="checkbox"/>
Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>		
Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>		
Neurologia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>		
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>				
Oncologia	<input type="checkbox"/>				
Pediatria esclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzando	<input type="checkbox"/>		
Pediatria inclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>				
Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>				
Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>			<b>Area non Medica</b>	
Reumatologia	<input type="checkbox"/>				
Medico Specializzando	<input type="checkbox"/>	(indicare la specializzazione)		Biologia	<input type="checkbox"/>

**05. 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;  
\_\_\_\_\_

**06. 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 né gli Assicuratori né 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

Firma:

Data:

Nome e Cognome (in maiuscolo):

Qualifica:

**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 questo è un contratto di assicurazione nella forma « CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

**Articolo 19**  
**Articolo 22**

**Facoltà di recesso in caso di sinistro**  
**Clausola Broker/Agente**  
**Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI**

**Firma:**

**Data:**

.....

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 (ora IVASS).

**Firma:**

**Data:**

.....

**Nome** (in maiuscolo):

.....