

RESPONSABILITA' MEDICA – SANITARIA
(“COLPA GRAVE” PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

ACCORDO QUADRO PER:



MEDICI CONVENZIONATI E CONTRATTISTI

	MASSIMALE 1 MILIONE	MASSIMALE 2,5 MILIONI	MASSIMALE 5 MILIONI
RETROATTIVITA' 0	€ 110,98	€ 147,98	€ 184,97
RETROATTIVITA' 2 ANNI	€ 133,18	€ 177,57	€ 221,96
RETROATTIVITA' 5 ANNI	€ 155,38	€ 207,17	€ 258,96
RETROATTIVITA' 10 ANNI	€ 221,96	€ 295,95	€ 369,94
RETROATTIVITA' 15 ANNI	€ 266,36	€ 355,14	€ 443,93
RETROATTIVITA' ILLIMITATA	€ 332,95	€ 443,93	€ 554,91

SOLUZIONI SENZA SCOPERTO E SENZA FRANCHIGIE

**PROPOSTA/QUESTIONARIO
DI ASSICURAZIONE PER LA**

**Responsabilità Civile Medica - Sanitaria
“Colpa Grave”**

**Personale delle Aziende del Servizio
Sanitario Nazionale**

Il presente modulo compilato e firmato
è da inviare tramite mail a
usppi@todarobroker.it
per ricevere preventivo personalizzato

PROPOSTA DI CONTRATTO o QUESTIONARIO

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nella **Proposta di Contratto o Questionario** e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il **Questionario** forma parte integrante del contratto.

1. INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome:

Indirizzo: Città: Prov.

C.A.P.: Tel: Cell:

Codice Fiscale: E-mail:

Data di effetto:

2. MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO E PERIODO

Il massimale per Corresponsabilità è pari a € 15.000.000,00		
<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	<input type="checkbox"/> € 5.000.000,00

3. DETTAGLI CARICHE RICOPERTE ATTIVE

Prima carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza Si <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>		
Seconda carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza Si <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>		
Terza carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

4. DETTAGLI CARICHE RICOPERTE CESSATE

Prima carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza Si <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>		
Seconda carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza Si <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/>		
Terza carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

5. PERIODO DI RETROATTIVITA'

No retro – 0 anni	<input type="checkbox"/>
2 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/>
5 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/>
10 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/>
15 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/>
illimitata	<input type="checkbox"/>

6. DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altri Contratti di Assicurazione di questo tipo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>In caso di risposta affermativa si prega di fornire dettagli utilizzando lo "Spazio di integrazione"</i>		
Il Proponente dichiara che non gli sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>In caso di risposta negativa si prega di fornire dettagli utilizzando lo "Spazio di integrazione"</i>		

<p>Il Proponente dichiara che non ha mai riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che potrebbero ragionevolmente dare luogo, o che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di <u>non</u> essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.</p>	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli utilizzando lo "Spazio di integrazione"</i></p>		
<p>Il Proponente dichiara di non essere a conoscenza di eventi dannosi che abbiano portato o potrebbero portare a Richiesta di Risarcimento alla data di firma della presente Proposta di Contratto</p>	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p><i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli utilizzando lo "Spazio di integrazione"</i></p>		

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1 Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio**
 - Art. 3 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio**
 - Art. 5 Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio**
 - Art. 8 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri**
 - Art. 11 Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali**
 - Art. 16 Clausola di Responsabilità disgiunta**
 - Art. 20 Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione (Claims Made)**
 - Art. 23 Esclusioni**
 - Art. 28 Territorialità e giurisdizione**
- Eventuali Estensioni di Assicurazione e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella **Scheda di Copertura**.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta di Contratto ed ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale Contratto di Assicurazione.

La firma della presente Proposta di Contratto non impegna l'Assicurato alla stipulazione del Contratto di Assicurazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente: 1 Nota informativa, comprensiva di Glossario; 2 Condizioni di Assicurazione; 3 Proposta di Contratto.

Compilato da: _____ In data: _____

Firma leggibile: _____

ATTENZIONE: La presente Proposta di Contratto o Questionario deve essere conservata con cura, poiché, unitamente alla Polizza di assicurazione rappresenta il documento che prova il contratto di assicurazione.

4. DICHIARAZIONI ESPRESSE DEL PROPONENTE

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.
- di aver ricevuto e preso visione degli Allegati 7A e 7B e dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____

Firma: _____

5. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'Informativa sulla Privacy ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 196/03, allegata a questo modulo:

(Il mancato consenso per le voci sotto indicate può pregiudicare il buon fine della pratica)

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	al trattamento dei dati personali comuni per le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	al trattamento dei dati personali sensibili e giudiziari per le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	alla comunicazione dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le Finalità Assicurative di cui al punto 1-A dell'informativa;
<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	al trattamento dei dati personali comuni rivolto all'espletamento delle finalità commerciali di marketing di cui al punto 1-B dell'informativa;

Data: ____/____/____ Nome e Cognome: _____

Firma: _____