

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

(c) **PROCEDURE INVASIVE** – indicare se il proponente pratici o meno PROCEDURE INVASIVE così come definite nel testo di polizza:

SI NO

(d) **FRANCHIGIA:**

EURO 0 EURO 1,500 EURO 2,500 EURO 5,000
 EURO 7,500 EURO 10,000 EURO 15,000 EURO 20,000

(e) **QUALIFICA:**

Medico abilitato non specializzato Medico Specializzato Medico Specializzando

(f) Il proponente dichiara di essere Dirigente Medico di II livello e/o Direttore Sanitario di Struttura Privata?

SI NO

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

Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>
Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>
Andrologia	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>
Angiologia	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>
Biologia	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato	<input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Oncologia	<input type="checkbox"/>
Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia con implantologia/Odontoiatria	<input type="checkbox"/>

Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia senza implantologia/Odontoiatria	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>
Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Genetica Medica	<input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Geriatra	<input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>	Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia	<input type="checkbox"/>
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Veterinaria	<input type="checkbox"/>
Medicina d'urgenza	<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

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

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 indicazione di premio o conferma di copertura
- e. di aver ricevuto e preso visione del fascicolo informativo come previsto dall'Art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS, dell'informativa pre-contrattuale, dell'Informativa sugli obblighi degli Intermediari e dell'Informativa sulla Privacy, e sottoscrive pertanto il proprio consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016)

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 *claims made* - 10.1)
Articolo 16 Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni
Articolo 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19 Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 23 Clausola Broker/Agente
Articolo 24 Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI: il proponente dichiara di accettare l'esclusione delle richieste di risarcimento originate da procedure invasive come definite nel testo di polizza.

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.

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):