

RESPONSABILITÀ CIVILE DEL LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA, ODONTOIATRIA, BIOLOGIA PROFESSIONAL INDEMNITY OF DOCTORS, ORTHODONTISTS, BIOLOGISTS

QUESTIONARIO / PROPOSAL FORM

La quotazione è 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 / IMPORTANT WARNING

"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)

La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. È 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.

This proposal form should be completed in ink by the proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply fully and frankly. The proposal form must be signed and dated.

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.

All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

1. DATI DEL PROPONENTE / INFORMATION ON THE PROPOSER

- a) Nome e cognome del proponente / *Full name of the Insured*:
- b) Indirizzo / *Address*:
- c) Codice Fiscale / *Tax Code*:
- d) Fatturato dell'ultimo anno fiscale / *Last full financial year turnover*:

2. PRECEDENTI ASSICURATIVI / PREVIOUS INSURANCES

Negli ultimi 5 anni il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio / *Has the proposer been Insured – in the last 5 years – for this type of risk?*

Si/Yes No/No

In caso affermativo, indicare: / *If so, please indicate:*

- a) Impresa assicuratrice / *Insurance Company*:
- b) Periodo di polizza / *Period of Insurance*:
- c) Massimale di polizza / *Limit of Indemnity*:
- d) Premio ultima annualità / *Last annual premium*:

Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo. In caso affermativo si prega di fornire dettagli / *Has insurance for this type of risk ever been refused or cancelled? If yes, please provide details:*

Si/Yes No/No

3. CONDIZIONI DI POLIZZA / COVER CONDITIONS

Indicare quali fra le opzioni seguenti il proponente desidera inserite in polizza / *Please choose from the following options terms and conditions of the cover:*

a) Massimale di Risarcimento / *Limit Of Indemnity*:

Euro 250.000 Euro 500.000 Euro 750.000 Euro 1.000.000
 Euro 1.500.000 Euro 2.000.000 Euro 2.500.000 Euro 5.000.000

b) Periodo di retroattività (anni) / *Retroactive Period (Years)*:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Illimitata

c) Esclusione Procedure Invasive / *Exclusion Of Invasive Acts:*

Sì/Yes No/No

d) Franchigia / *Excess:*

Nulla/Nil Euro 1.500 Euro 2.500 Euro 5.000
 Euro 10.000 Euro 20.000 Euro 25.000 Euro

4. SPECIALIZZAZIONI / SPECIALIZATIONS

Indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività / *Please state all the specializations lawfully held by the proposer together with the effective activities carried out:*

Area Medica

Allergologia ed Immunologia Clinica
 Dermatologia e Venereologia
 Ematologia
 Endocrinologia e malattie del ricambio
 Epatologia
 Gastroenterologia
 Geriatria
 Immunologia
 Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia
 Medicina di base
 Medicina d'urgenza
 Medicina di comunità
 Medicina generale
 Malattie infettive
 Medicina interna
 Medicina dello sport
 Medicina tropicale
 Nefrologia
 Neurofisiopatologia
 Neurologia
 Neuropsichiatria infantile
 Oncologia
 Pediatria (esclusi paz. primi 60 gg)
 Pediatria (inclusi paz. primi 60 gg)
 Psichiatria/Clinica Psichiatrica
 Psicologia clinica
 Reumatologia
 Medico Specializzando (indicare la specializzazione):
 Altro (specificare):

Area Chirurgica

Andrologia/Urologia
 Angiologia
 Cardiochirurgia
 Cardiologia
 Chirurgia apparato digerente
 Chirurgia d'urgenza
 Chirurgia generale
 Chirurgia maxillo facciale
 Chirurgia pediatrica
 Chirurgia plastica e ricostruttiva
 Chirurgia toracica
 Chirurgia vascolare
 Endocrinochirurgia
 Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto
 Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto
 Neurochirurgia
 Oftalmologia
 Ortopedia e Traumatologia
 Otorinolaringoiatria
 Urologia
 Medico abilitato non specializzato

Area Servizi Clinici

Anatomia patologica
 Anestesia e rianimazione
 Audiologia e foniatría
 Biochimica e chimica clinica
 Farmacologia
 Genetica Medica
 Igiene e medicina preventiva
 Medicina del lavoro
 Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria
 Medicina legale
 Medicina nucleare
 Microbiologia e Virologia
 Ortognatodonzia con implantologia
 Ortognatodonzia senza implantologia
 Patologia clinica
 Radiodiagnostica
 Radioterapia
 Scienza della alimentazione/Dietologia
 Tossicologia medica

Area non medica

Biologia

5. PRESTAZIONI PER CONTO DEL S.S.N / ACTIVITY AS AN N.H.S. EMPLOYEE

Indicare se il proponente richiede/accetta l'esclusione dalla copertura di polizza dell'attività in Libera Prestazione/Extramuraria e pertanto richiede copertura limitatamente all'attività svolta come dipendente del SSN/in regime "intramuraria" come definito nel Testo di Polizza / *Indicate whether the Proposer requests/accepts the exclusion within the policy for cover as an Independent Freelance Professional and therefore have cover only for work carried out for activity in "Intramuraria" as an NHS Employee as defined in the policy wording:*

Sì/Yes No/No

a) Precisare di seguito l'Ente del SSN per conto del quale viene svolta l'attività professionale / *Please indicate the NHS Entity in which your Professional activity is carried out:*

b) Indicare se il proponente è Dirigente di II Livello / *Indicate if the proposer is Head of Dept:*

Sì/Yes No/No

6. SINISTROSITÀ PREGRESSA / PREVIOUS CLAIMS

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? / *Have any claims or any disciplinary or legal proceeding been filed against the Proposer in the last 5 years?*

Si/Yes No/No

b) Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di una propria responsabilità civile, penale o deontologica? / *Is the Proposer aware of any act which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an insurance of this type?*

Si/Yes No/No

In caso affermativo, si prega di indicare in merito a ciascun sinistro e/o circostanza / *If Yes, please indicate for each claim/circumstance:*

- descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum") / *description of the facts and of the sum requested:*

- le date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica / *indication of the dates of loss, claim, and liquidation:*

- i profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili / *effective or alleged liability:*

7. DICHIARAZIONI / DECLARATIONS

Il sottoscritto, dichiara / *The undersigned hereby declares:*

- che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni; / *that the statements are true to the best of his/her knowledge and belief;*
- di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione; / *that signing this application does not bind either the undersigned or the Underwriters to make the insurance contract;*
- 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; / *that should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the undersigned agrees that this Proposal Form will be the basis of the contract and part of the Policy itself;*
- 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. / *that should there be, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any variations of the information contained in the Proposal Form, the undersigned agrees to notify such variations immediately to Underwriters who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

Nome / Name: _____ Qualifica / Title: _____

Data / Date: _____ Firma / Signature: _____

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.

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance. The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.

Per espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile / *For acceptance pursuant to Artt. 1314 e 1469 Bis of the Italian Civil Code:*

Nome / Name: _____ Qualifica / Title: _____

Data / Date: _____ Firma / Signature: _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il fascicolo informativo previsto dall'articolo 32, punto 2, del Regolamento n° 35 dell'ISVAP.

Nome / Name: _____ Qualifica / Title: _____

Data / Date: _____ Firma / Signature: _____