

# Responsabilita' Civile del Professionista Sanitario Non-Medico

## 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) **POLIZZA DI RESPONSABILITA' 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, eccetto quando sia operativa la “Garanzia Postuma”.

### **01. DATI DEL PROPONENTE**

(a) Nome e cognome del proponente : \_\_\_\_\_

(b) Indirizzo e codice fiscale/PI: \_\_\_\_\_  
!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

(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. SPECIALIZZAZIONI:** indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attivita'

Assistente di medicina estetica	<input type="checkbox"/>	Perfusionista	<input type="checkbox"/>
Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Podologo	<input type="checkbox"/>
Biologo	<input type="checkbox"/>	Pranoterapeuta	<input type="checkbox"/>
Bionaturopata	<input type="checkbox"/>	Psicologo	<input type="checkbox"/>
Chinesiterapeuta	<input type="checkbox"/>	Psicologo del Lavoro	<input type="checkbox"/>
Chiropratico	<input type="checkbox"/>	Riflessologo	<input type="checkbox"/>
Clinical Monitor	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audiologo	<input type="checkbox"/>
Cosmetologo	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audiometrista	<input type="checkbox"/>
Dietista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Camera Iperbarica	<input type="checkbox"/>
Erborista	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Farmacista	<input type="checkbox"/>	Tecnico di Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	Tecnico nell'alimentazione Dietetica	<input type="checkbox"/>
Igienista Dentale	<input type="checkbox"/>	Tecnico Neurofisiopatologo	<input type="checkbox"/>
Infermiere Professionale NON	<input type="checkbox"/>	Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/>
Ostetrico Logopedista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Radiologo	<input type="checkbox"/>
Massaggiatore	<input type="checkbox"/>	Terapista Audiometrico	<input type="checkbox"/>
Naturopata	<input type="checkbox"/>	Terapista Neurologico e Psicomotorio	<input type="checkbox"/>
Odontotecnico	<input type="checkbox"/>	Terapista Occupazionale	<input type="checkbox"/>
Ortottista / Optometrista	<input type="checkbox"/>	Terapista Shiatsu	<input type="checkbox"/>
Osteopata	<input type="checkbox"/>	Tossicologo Ambientale	<input type="checkbox"/>
Pedagogo	<input type="checkbox"/>	Tecnico per l'Ambiente del Lavoro	<input type="checkbox"/>

**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.

Euro 1.000.000 per sinistro ed Euro 3.000.000 in aggregato annuo

Euro 5.000.000 per sinistro ed Euro 5.000.000 in aggregato annuo

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA' :** indicare il periodo di retroattivita' richiesto:

10 anni  Illimitata

**04. SINISTROSITA' PREGRESSA:**

(a) **Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilita' 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 responsabilita' civile, penale o deontologica del proponente? – 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  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 responsabilita' accertati, presunti o presumibili;

## **05. 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 ne' gli Assicuratori ne' 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;
- e. Il Sottoscritto(i) dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo come previsto dal Regolamento IVASS n° 40 del 02 agosto 2018, dell'informativa pre-contrattuale, sugli obblighi degli Intermediari e sulla Privacy, 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 (in maiuscolo):

Qualifica:

### **POLIZZA DI RESPONSABILITA' 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 le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:
  - 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 (secondo rischio)
  - Articolo 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
  - Articolo 19 Facoltà di recesso in caso di sinistro
  - Articolo 23 Clausola Broker/Agente

Firma:

Data: