



AmTrust International Underwriters DAC
An AmTrust Financial Company

AmTrust *Nurse&Care* EXECUTIVE

Polizza Responsabilità Civile Professionale per

INFERMIERI E PERSONALE NON MEDICO

Dipendente di Aziende Sanitarie Pubbliche-Private e libero professionista



VALIDA ANCHE PER
COORDINATORE

Dipendenti Aziende Sanitarie Pubbliche

Massimale per anno e per sinistro	2 anni	5 anni	10 anni	Illimitata
€ 2.000.000	€ 38	€ 44	€ 50	€ 65
€ 5.000.000	€ 44	€ 50	€ 60	€ 74

Liberi Professionisti e/o Aziende Sanitarie Private

Massimale per anno e per sinistro	2 anni	5 anni	10 anni	Illimitata
€ 2.000.000	€ 38	€ 48	€ 55	€ 70
€ 5.000.000	€ 48	€ 60	€ 65	€ 80

Garanzie comprese:

- ✓ Nessuno scoperto - nessuna franchigia
- ✓ Nessun massimale aggregato per azienda e/o regione
- ✓ Danni patrimoniali attinenti l'attività professionale sanitaria
- ✓ **Nessuna limitazione di copertura per orari di lavoro**

N.B. Tariffa valida fino al 31/12/2019

Per INFORMAZIONI E ADESIONI

gise@todarobroker.it

099 7 36 36 72

MODULO DI PROPOSTA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE

TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE COMPRESO INFERMIERI ESCLUSO OSTETRICHE

MODULO da inviare mezzo mail a gise@todarobroker.it Per informazioni tel. 0997363672

Assicurato		Indirizzo	
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
Collegio di		Iscrizione Nr.	
Associazione			
Attività			
Azienda		Indirizzo	
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	

Dipendente Ospedaliero:

Massimale	Retro 2 Anni	Retro 5 Anni	Retro 10 Anni	Retro Illimitata
€ 2.000.000,00	☐ € 38,00	☐ € 44,00	☐ € 50,00	☐ € 65,00
€ 5.000.000,00	☐ € 44,00	☐ € 50,00	☐ € 60,00	☐ € 74,00

Libero Professionista:

Massimale	Retro 2 Anni	Retro 5 Anni	Retro 10 Anni	Retro Illimitata
€ 2.000.000,00	☐ € 38,00	☐ € 48,00	☐ € 55,00	☐ € 70,00
€ 5.000.000,00	☐ € 48,00	☐ € 60,00	☐ € 65,00	☐ € 80,00

- ☐ Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale Massimale: € 30.000,00 Premio: € 25,00
- ☐ Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale Massimale: € 50.000,00 Premio: € 30,00
- ☐ Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

- ☐ Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus Massimale: €100.000,00 Premio: € 25,00
- ☐ Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus Massimale: €200.000,00 Premio: € 50,00
- ☐ Rinuncio alla polizza 3Virus

Effetto* |__|__|__| Scadenza |__|__|__|

* La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Pagamento tramite bonifico bancario:

Intestato a : TODARO ANNA ROSA BROKER
Causale: RC PROFESSIONALE (NOME E COGNOME)
IBAN: IT15Y0101015815100000005592

Inviare copia della contabile alla mail gise@todarobroker.it in allegato al questionario di seguito riportato.

Luogo e data _____ (Firma) 

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e Liberi Professionisti

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma **"Claims made"**, ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE		POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO IITDMM16A0016761200000	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO		FAX	

Barrare la casella dell' Attività Professionale

Indicare l'area in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione):

- 01 ☐ **Infermiere/Infermiere Pediatrico/ Viglatrice d'infanzia/Coordinatore infermieristico**
- 02 ☐ **Tutte le professioni sanitarie non mediche con esclusione delle Ostetriche**
- 03 ☐ **OSS – OSSS – OTA – ASA**
- 04 ☐ **Ostetriche**

LIBERO PROFESSIONISTA

☐ SI

☐ NO

1) Precedenti assicurativi con il Gruppo AmTrust

Il Proponente è attualmente assicurato per con il Gruppo AmTrust? SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ____ / ____ / ____

2) Massimale Richiesto / Retroattività richiesta/Decorrenza

Indicare il Massimale richiesto tra:

☐ **2 Milioni**

☐ **5 Milioni**

Indicare la Retroattività richiesta tra:

☐ **2 anni***

☐ **5 anni***

☐ **10 anni***

☐ **illimitata**

*** Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata.**

Indicare l'eventuale decorrenza di polizza

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e Liberi Professionisti

3) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

3.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

3.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 3.1 e 3.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai dieci anni (cinque anni per i liberi professionisti) antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
 - a. la data di decorrenza della Polizza;
 - b. la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ____/____/____ Il Proponente / Assicurato _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e Liberi Professionisti

SCHEMA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 3.1 e 3.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 3.1. e 3.2 del questionario:

- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____ (In lettere) _____
- ☐ Ricevimento di istanza di mediazione
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato ☐ SI ☐ NO
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

☐ SI

☐ NO

Se sì: Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 3.1. e 3.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici Dipendenti di Aziende Sanitarie e Liberi Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

- 2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- ☐ Condanna a (specificare) _____
- ☐ Patteggiamento (specificare) _____
- ☐ Assoluzione
- ☐ Proscioglimento
- ☐ Non luogo a procedere
- ☐ Prescrizione
- ☐ Amnistia e indulto
- ☐ Decreto penale di condanna

- 3) Si precisi se sia in corso un procedimento civile ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

- 4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust International Underwriters Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma _____