



RC PROFESSIONALE MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

IL PRODOTTO E' SOTTOSCRITTO DA



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Soluzioni **IN ESCLUSIVA** per gli Associati **GISE** **CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA**

NESSUNA FRANCHIGIA - NESSUNO SCOPERTO
RETROATTIVITA' 5 ANNI

MASSIMALE PER ANNO E PER SINISTRO

€ 1.000.000

€ 3.024,80

€ 2.000.000

€ 5.325,70

€ 3.000.000

€ 6.498,00

Premi annui lordi

SU RICHIESTA SARA' POSSIBILE PREVENTIVARE CON RETROATTIVITA' 0 ANNI - 2 ANNI - 3 ANNI - ILLIMITATA

Soluzioni **IN ESCLUSIVA** per gli Associati **GISE** **CARDIOCHIRURGIA**

NESSUNA FRANCHIGIA - NESSUNO SCOPERTO
RETROATTIVITA' 5 ANNI

MASSIMALE PER ANNO E PER SINISTRO

€ 1.000.000

€ 6.566,40

€ 2.000.000

€ 8.374,25

€ 3.000.000

€ 10.866,05

Premi annui lordi

SU RICHIESTA SARA' POSSIBILE PREVENTIVARE CON RETROATTIVITA' 0 ANNI - 2 ANNI - 3 ANNI - ILLIMITATA



AL FINE DI PROCEDERE CON LA SOTTOSCRIZIONE
DELLA POLIZZA RICHIESTA
INVIARE IL QUESTIONARIO DI SEGUITO RIPORTATO
A gise@todarobroker.it

IL PAGAMENTO AVVERRÀ' TRAMITE BONIFICO BANCARIO
ALLE SEGUENTI COORDINATE:

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

Preghiamo volerci anticipare copia della contabile
contestualmente al questionario.

Si ringrazia per la collaborazione.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile
Professionale dei Medici**Avviso importante**

- 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 dei Medici 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	PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

☐ Non è mai stato assicurato☐ È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

- ☐ Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
☐ È stata disdetta la polizza per sinistro
☐ Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
☐ È stato rifiutato il rinnovo della polizza

2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

☐ 1 Milioni ☐ 2 Milioni ☐ 3 Milioni

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra:

☐ No retroattività* (**) ☐ 5 anni* ☐ Illimitata

***Scegliendo questa soluzione rinuncio alla retroattività illimitata.**

()La Società invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del periodo di retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di assicurato esordiente non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare condotte precedenti insussistenti. In caso ricorrano potenziali condotte legate all'attività professionale svolta, poste in essere in data antecedente alla stipula del presente contratto di assicurazione, la Società invita ad acquistare un prodotto/opzione che consenta di usufruire di un periodo di retroattività consono alla copertura delle citate condotte.**

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

3) Qualifica del Proponente/Assicurato

- ☐ Associato GISE n° iscrizione _____
- ☐ Cardiologia (Attività non chirurgica e non invasiva)
- ☐ Cardiologia Interventistica
- ☐ Cardiocirurgia

4) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

4.1 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: _____

4.2 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 4.1 e 4.2 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.

4.3 Precisazione relativamente all'attività svolta

Da quanto tempo svolge l'attività indicata nel Modulo di Proposta? _____ (scrivere il numero di anni).

4.4 Indicazioni relativamente alla decorrenza della polizza

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

4.5 Indicazioni sul premio e le modalità di pagamento

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

4.6 Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. 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.
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
3. **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 entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
4. **Il Proponente / Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

- sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici 14, 20121 Milano;
 - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia.
6. Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
7. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: _____ Data: _____ Firma del Proponente/Assicurato _____



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74
(Registered Office)
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di
altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale
Rappresentanza Generale per l'Italia:
Via Clerici, 14 • 20121 Milano
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano
REA C.C.I.A.A. Milano 2093047
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by
the Central Bank of Ireland

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA 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 Medico Proponente:

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

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 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: € _____
- ☐ 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/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il medico 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) Precisi il medico 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 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

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

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

3) Precisi il medico 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, precisi il medico 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 DAC.

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: _____