

# POLIZZA RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE PERSONALE AZIENDE SANITARIE PRIVATE

UNICA Polizza sul mercato assicurativo  
in linea con il

DECRETO GELLI Legge nr.24 dell' 8 MARZO 2017

## PERSONALE MEDICO

Massimale per anno e per sinistro	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
Premio annuo	€ 690,00	€ 870,00	€ 930,00	€ 1050,00

### Garanzie comprese

- Nessuno scoperto nessuna franchigia
- Retroattività 10 anni
- Rivalsa azienda sanitaria Art. 9 comma 5 Legge 24/2017
- Nessun massimale aggregato
- Postuma decennale per cessazione attività e garanzia a favore degli eredi non disdettabile
- Interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Surrogazione compagnia assicurazioni Art. 1916 c.c. Art. 9 Legge 24/2017

### TUTELA LEGALE

Premio annuo

€ 15.000

€ 80,00

€ 20.000

€ 100,00

€ 30.000

€ 120,00

### RC DELLA VITA PRIVATA

Premio annuo

€ 500.000

€ 60,00

€ 1.000.000

€ 100,00

PER INFORMAZIONI  
E ADESIONI



AL FINE DI PROCEDERE CON LA SOTTOSCRIZIONE  
DELLA POLIZZA RICHIESTA  
INVIARE IL QUESTIONARIO DI SEGUITO RIPORTATO  
A [gise@todarobroker.it](mailto: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 PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' COLPA GRAVE  
PERSONALE AZIENDE SANITARIE PRIVATE - Legge Nr. 24 dell'8 marzo 2017  
(con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti)**

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.

Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità per "Colpa Grave" Personale Aziende Sanitarie Private Legge Nr 24 del 8 marzo 2017 deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

**Dati del Proponente:**

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.

**Barrare la casella dell'Attività Professionale:**

<input type="checkbox"/> 01 Personale Medico
<input type="checkbox"/> 02 Psicologo / Biologo / Farmacista
<input type="checkbox"/> 03 Infermiere / Tecnico Sanitario / Personale sanitario non Medico / Operatore Sanitario
<input type="checkbox"/> 04 Ostetrica
<input type="checkbox"/> 05 Direttore Sanitario Dipendente

**Massimale richiesto:**

<input type="checkbox"/> 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> 3.000.000,00	<input type="checkbox"/> 5.000.000,00
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

**Decorrenza/Effetto della Polizza richiesta:** |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_|

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



Il Proponente



**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' COLPA GRAVE  
PERSONALE AZIENDE SANITARIE PRIVATE - Legge Nr. 24 dell'8 marzo 2017  
(con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti)**

**Dichiarazioni del Proponente:**

**Negli ultimi 10 anni sono state esperite Azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa indicate all'Art. 9 della Legge 24/2017?**

SI  NO se SI indicare quanti NR. \_\_\_\_\_

**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 10 (dieci) anni**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.**



\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**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.



\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**POLIZZA TUTELA LEGALE PROFESSIONALE**

- Massimale 15.000,00       Massimale 20.000,00       Massimale 30.000,00
- Rinuncio alla garanzia Tutela Legale

**POLIZZA RC DELLA VITA PRIVATA**

- Massimale 500.000,00       Massimale 1.000.000,00
- Rinuncio alla garanzia RC della Vita Privata

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Il Proponente



**NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**

Via Lanzo, 29 – 10071 Borgaro Torinese (TO) – Tel. 0114518708  
Capitale Sociale € 10.000.000,00 i.v. – P.iva 09834040017  
AUTORIZZATA CON PROVVEDIMENTO IVASS n° 2621 del 06 Agosto 2008  
Iscritta alla sez. I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00168  
Appartenente a Gruppo assicurativo INTERGEA Finance S.p.A. – Iscritto al n. 052 del Gruppo Assicurativi  
SOGGETTA A DIREZIONE E COORDINAMENTO DI INTERGEA FINANCE S.p.A.

[www.nobisassicurazioni.it](http://www.nobisassicurazioni.it)