

Polizza di Assicurazione RC Professionale per

# FARMACISTA

DIPENDENTI – CONVENZIONATI – DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

MODULO DA INVIARE MEZZO MAIL A : [usppi@todarobroker.it](mailto:usppi@todarobroker.it) - Per maggiori informazioni 099 7 36 36 72

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax
<input type="checkbox"/> Dipendente di Aziende Sanitarie Pubbliche	<input type="checkbox"/> Dipendente di Aziende Sanitarie Private	
<input type="checkbox"/> Dirigente Pubblico	<input type="checkbox"/> Dirigente Pubblico compreso perdite patrimoniali	
<input type="checkbox"/> Dipendente Privato		
<input type="checkbox"/> Dirigente Privato	<input type="checkbox"/> Dirigente Privato compreso perdite patrimoniali	
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la Polizza di Tutela Legale	<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale	
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la Polizza di 3Virus	<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus	
Effetto	Scadenza	
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM nell'anno 2019 - <a href="http://sanita.academy">sanita.academy</a>		
MASSIMALE €	Per anno e per sinistro	
IMPORTO TOTALE €		

PAGAMENTO MEZZO BONIFICO BANCARIO DA EFFETTUARE ALLE SEGUENTI COORDINATE BANCARIE:

Intestato a : TODARO ANNA ROSA BROKER  
Causale: RC PROFESSIONALE (NOME E COGNOME)  
IBAN: IT53A0306915816100000005592

Preghiamo volerci anticipare copia della contabile tramite mail [usppi@todarobroker.it](mailto:usppi@todarobroker.it) con il questionario di seguito riportato

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Il Proponente

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Società 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 rapporto assicurativo, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio 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 della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- III. L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia volta a rendere indenne il Proponente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nelle Condizioni di Assicurazione.

### Dati del Proponente/Assicurato

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		E-MAIL*	
INDIRIZZO*		LOCALITÀ/COMUNE*		PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A.		ATTIVITÀ ESERCITATA*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*		ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*		N° DI ISCRIZIONE*		RECAPITO TELEFONICO	

\*CAMPI OBBLIGATORI

### 1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?

Il Proponente/Assicurato è attualmente assicurato con una polizza del gruppo AmTrust? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: \_\_\_\_\_
- la data di decorrenza della prima adesione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2) Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

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: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa 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.**

**Si precisa che in presenza di Sinistri pregressi, negli ultimi 5 (cinque) anni, la Compagnia si riserva di effettuare una quotazione ad hoc prevedendo una maggiorazione del Premio.**

### 3) Indicare il Massimale Richiesto

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 500.000  € 1.000.000  € 1.500.000  € 2.000.000

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

**4) Qualifica del Proponente/Assicurato (è necessario contrassegnare con una X tutte le attività che si intende assicurare ed includere nella copertura)**

Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>				
01	tecnico sanitario di laboratorio biomedico			
02	tecnico audiometrista			
03	tecnico audioprotesista			
04	tecnico ortopedico			
05	dietista			
06	tecnico di neurofisiopatologia			
07	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare			
08	igienista dentale			
09	fisioterapista			
10	logopedista			
11	podologo			
12	ortottista e assistente di oftalmologia			
13	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
14	tecnico della riabilitazione psichiatrica			
15	terapista occupazionale			
16	educatore professionale			
17	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro			
18	tecnico sanitario di radiologia medica			
19	assistente sanitario			
20	infermiere professionale			
21	infermiere pediatrico			
22	ostetriche			
23	sociologo			
24	assistente sociale			
25	biologo (senza fecondazione assistita)			
26	biologo (con fecondazione assistita)			
27	farmacista			
28	psicologo			
29	osteopata			
30	chiropratico			
31	ingegnere chimico e biochimico			
<b>ALTRE ATTIVITÀ DI INTERESSE SANITARIO</b>				
32	operatore sociosanitario			
33	massofisioterapista			
34	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			
35	ottico			
36	odontotecnico			
Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

ALTRE ATTIVITA' DI INTERESSE SANITARIO			
37	assistente di studio odontoiatrico		
38	puericultrice		

### 5) Il Proponente/Assicurato ricopre anche una delle seguenti qualifiche? In caso affermativo contrassegnare con una X

QUALIFICHE DIRETTIVE	X
Coordinatore	
Dirigente/Direttore professioni sanitarie	

### 6) Il Proponente/Assicurato intende usufruire di una od entrambe le seguenti Estensioni di Garanzia? In caso affermativo contrassegnare con una X

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

**Avvertenza: l'estensione Medical Device è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).**

**Avvertenza: l'estensione Perdite Patrimoniali è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione che rivestono la qualifica di coordinatore e/o dirigente/direttore delle professioni sanitarie.**

**Avvertenza: l'acquisto dell'estensione di garanzia determinerà un incremento del premio.**

### 7) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- 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 di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, 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**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Precisazione sui rischi assicurati; Articolo 8 - Esclusioni; Articolo 9 - Ultrattività - Estensione nel caso di cessazione dell'attività; Articolo 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 12 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 13 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Pagamento del Premio.
- **Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'Allegato 3 - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e l'Allegato 4 - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
- **Il Proponente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo (AmTrust Nurse&Care - Linea Persona - Ed. 06/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali, nonché il DIP (Documento informativo precontrattuale) relativo al prodotto assicurativo - Ed. 10/2018.**
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale così come riportato all'art.18 delle Condizioni di Assicurazione.
- Il pagamento del premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
  - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
  - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

- **AVVERTENZA:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westand Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
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

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

**SCHEDA DI SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

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

**A) Dati Identificativi del Proponente/Assicurato:**

COGNOME NOME	CODICE FISCALE/P. IVA	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	-----------------------	-------------------------------

**B) Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 2 della proposta**

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro, di cui rispettivamente al punto 2 della proposta:

- Atto di citazione;
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_ (In lettere) \_\_\_\_\_;
- Ricevimento di istanza di mediazione;
- La notifica dell'atto di Costituzione di Parte Civile, di un Terzo, in un procedimento penale;
- Invito a dedurre o la citazione in giudizio del Proponente/Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- Comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta al Proponente/Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave;
- La segnalazione, inviata al Proponente/Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni;
- La comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria privata o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dal Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

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

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura \_\_\_\_\_ Struttura Sanitaria/Socio-Sanitaria privata presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento sanitario prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda Sanitaria/Socio-Sanitaria 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) Informazioni aggiuntive**

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 si:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente Scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro di cui al punto 2 del Modulo di Proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

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 del Modulo di Proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi 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 al Modulo di Proposta stesso, 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 – Rappresentanza Generale per l'Italia. 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 \_\_\_\_\_