

ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE ED AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE COLPA GRAVE MEDICI DIPENDENTI E/O CONVENZIONATI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017 con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti

AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

MASSIMALI PER SINISTRO E PER ANNO	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 5.000.000
Medico senza attività chirurgica	€ 319,00	€ 346,00	€ 384,00
Medico con attività chirurgica	€ 340,00	€ 369,00	€ 410,00
Medico con attività di GINECOLOGIA E OSTETRICIA	€ 365,00	€ 396,00	€ 440,00

AZIENDE SANITARIE PRIVATE

MASSIMALI PER SINISTRO E PER ANNO	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 5.000.000
Medico senza attività chirurgica	€ 382,00	€ 415,00	€ 461,00
Medico con attività chirurgica	€ 408,00	€ 443,00	€ 492,00
Medico con attività di GINECOLOGIA E OSTETRICIA	€ 438,00	€ 475,00	€ 528,00

SPECIALIZZANDI

MASSIMALI PER SINISTRO E PER ANNO	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 5.000.000
Medico SPECIALIZZANDO	€ 183,00	€ 198,00	€ 220,00

Tariffa valida in assenza di condanne per colpa grave negli ultimi 10 anni

Condizioni operanti

- Nessuno scoperto nessuna franchigia
- **Retroattività 10 anni**
- Responsabilità Amministrativa Corte dei Conti⁽¹⁾
- Rivalsa Azienda Sanitaria⁽²⁾
- **Postuma per cessata attività attivabile a richiesta**
- **Garanzia a favore degli eredi non disdettabile**
- Interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Surrogazione Compagnia di Assicurazioni

(1) Personale presso Aziende Sanitarie Pubbliche (2) Personale presso Aziende Sanitarie Private

3Virus HIV Epatite B e C Per medici e Operatori Sanitari

CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO TOTALE ANNUO
€ 100.000,00	€ 25,00
€ 200.000,00	€ 50,00

Compreso negli importi versati per il personale sanitario una

FAD CON CREDITI ECM NELL'ANNO 2019



MODULO PROPOSTA RESPONSABILITÀ CIVILE ED AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE COLPA GRAVE DEI MEDICI DIPENDENTI O CONVENZIONATI

DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE

Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017 con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti

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.	
Specializzazione:			
Azienda			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	
<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico		<input type="checkbox"/> Dipendente Privato	
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia			
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che non svolge attività chirurgica			
<input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica / Specializzando			
<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 - sanita.academy			
IMPORTO TOTALE		€	

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente _____

Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. L'Aderente/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 dall'Aderente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la adesione alla Polizza Collettiva, 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 dell'Aderente/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 Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia volta a rendere indenne l'Aderente/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 dell'Aderente/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	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N. IITDMM18B0001761200000					

CAMPI OBBLIGATORI*1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?**

L'Aderente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una compagnia 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) Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato**2.1 Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato:**

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI' NO

Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.

2.2 Qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato

Indicare se l'Aderente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI' NO

b) Privata: SI' NO

Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente. Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto ad hoc, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.

Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 440		€ 396		€ 365	
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 410		€ 369		€ 340	
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 384		€ 346		€ 319	

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
04	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 528		€ 475		€ 438	
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 492		€ 443		€ 408	
06	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 461		€ 415		€ 382	

SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€ 220		€ 198		€ 183	

Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.

2.3 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

- L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla 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.
- L'Aderente/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.
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.
- 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.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza di Assicurazione in oggetto, il modulo 7A - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e successive modifiche.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva CSMM – Ed. 03/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**

Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- L'Aderente/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 agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.
- È prevista la facoltà per l'Aderente/Assicurato di aderire alla Polizza Collettiva alla decorrenza della stessa, nonché durante tutto il periodo in cui la stessa è vigente, ed il premio dovuto è sempre determinato per una durata di 12 (dodici) mesi.
- Il pagamento del premio o della rata di 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.

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 li _____, il __/__/____ Firma dell'Aderente/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
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 proposta TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO

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.
<input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medico specializzando / giovane medico.		
<input type="checkbox"/> Medico libero professionista che non svolge attività invasive nè interventi chirurgici.		
<input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive ma non interventi chirurgici.		
<input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici con esclusione di: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medico libero professionista che svolge attività invasive e interventi chirurgici specializzato in: Ginecologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Anestesia, Neonatologia, Chirurgia plastica.		
<input type="checkbox"/> Medici Dentisti e Odontoiatri.		
<input type="checkbox"/> Personale sanitario non medico con esclusione di ostetriche.		
<input type="checkbox"/> Ostetriche.		
Effetto	Scadenza	
MASSIMALE €	Per anno e per sinistro	
IMPORTO TOTALE	€	

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente _____



TODARO
 VIA PUGLIE, 20
 TARANTO - TARANTO - 74121
 Tel. 0997363672 Fax. 0997363672
 anna@todarobroker.it
 ISCRIZIONE RUI: B000142058 - P. IVA: 00469530737

Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Specializzazione		
Iscritto all'Ordine di		Nr
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

Massimale € 100.000,00

Importo totale € 25,00

Massimale € 200.000,00

Importo totale € 50,00

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.

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____ | _____

(Firma del contraente)

