

## Responsabilità civile del Medico Libero Professionista Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

“Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave”(Art 1892 comma I Codice Civile). Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

### 1. CONDIZIONI DI POLIZZA

1.A Indicare le **specializzazioni/attività** esercitate dal Proponente o quelle per le quali sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

Andrologia	<input type="checkbox"/>	Dermatologia/Venereologia con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Oculistica/Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	<input type="checkbox"/>	Ematologia e Medicina Trasfusionale	<input type="checkbox"/>	Oculistica/Oftalmologia con Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>
Angiologia e Flebologia	<input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Odontoiatria/Ortognatodonzia/Stomatologia	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Oncologia e Senologia	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Gastroenterologia con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Ortodontista	<input type="checkbox"/>
Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/>	Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa Ostetricia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia esclusi Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia inclusa Fecondazione assistita	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia inclusi Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/>	Ginecologia esclusa Ostetricia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia esclusa Traumatologia e Interventi Spinali	<input type="checkbox"/>
Chirurgia dell'Apparato Digerente	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria esclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/>	Medicina d'Urgenza e pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria inclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Maxillo Facciale con Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>	Medicina di base con Attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>	Pediatria	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Maxillo Facciale esclusa Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>	Medicina estetica	<input type="checkbox"/>	Pediatria con attività Invasiva Lieve	<input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Pneumologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia plastica e Ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Radiologia e neuroradiologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva con Chirurgia elettiva/estetica	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Terapia del dolore e cure palliative	<input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<b>SPECIALIZZANDO</b>	<input type="checkbox"/>

### 1.B Retroattività

10 Anni

1.C Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

€ 0  € 1.500  € 2.500  € 5.000   
 € 7.500  € 10.000  € 15.000  € 20.000

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 1.000.000  € 1.500.000  € 2.000.000  € 2.500.000  € 3.000.000  € 5.000.000

### 2. ESTENSIONI DI COPERTURA

2.A Il Proponente dichiara di essere in **pensione**?

SI  NO

! In caso di risposta affermativa, indicare l'anno di pensionamento

2.B Il Proponente richiede di includere in garanzia l'estensione di copertura **Spese Legali**?

SI  NO

### 3. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

3.A Il Proponente ha mai lavorato/lavora come Dipende del Servizio Sanitario Nazionale?

SI  NO

! In caso di risposta affermativa, indicare per quanti anni

3.B Reddito del Proponente

≤ € 100.000

> € 100.000 e  
≤ € 300.000

> € 300.000 e  
≤ € 500.000

## 3.C Indicare le fonti di reddito del Proponente in %

Dipendente/Convenzionato con una Strutture Sanitarie Pubbliche	Dipendente/Convenzionato con una Strutture Sanitarie Private	Libera professione esercitata in Strutture Sanitarie Pubbliche ( Intramoenia)	Libera professione esercitata in Strutture Sanitarie Private (Extramoenia)	Libera Professione esercitata in Ambulatorio Privato	Ricerca ed Insegnamento

! Pura attività Libero Professionale

3.D Ha mai lavorato come libero professionista e/o come convenzionato presso strutture sanitarie private prima del 01/04/2017?

SI NO

! In caso di risposta affermativa, indicare l'anno in cui ha iniziato tale tipologia di attività

3.E ha mai agito nell'adempimento di un'obbligazione di natura contrattuale assunta con un proprio paziente, come da art. 7 comma 3 della legge n. 24/2017?

SI NO

! In caso di risposta affermativa, indicare l'anno in cui ha iniziato tale tipologia di attività

## 4. PRODOTTI ADDIZIONALI

## Contagio accidentale

4.A Il proponente richiede la copertura addizionale "Contagio Accidentale HIV, Epatite B e C"?

NO

SI - Massimale  
€20.000

SI - Massimale  
€50.000

## Infortuni

4.B Il proponente richiede la copertura addizionale "Infortuni"?

NO

SI - Massimale  
Morte €25.000

SI - Massimale  
Morte €50.000

SI - Massimale  
Morte €75.000

4.B.1 Il proponente richiede l'estensione Invalidità permanente da **Infortunio**?

SI NO

4.B.2 Il proponente richiede la Condizione Particolare Aggiuntiva "**Supervalutazione degli arti superiori**"?

SI NO

## 5. SINISTROSITÀ PREGRESSA

5.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

SI NO

5.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?

SI NO

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

## 6. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

6.A Nome  6.B Cognome

6.C Città  6.D Provincia  6.E CAP

6.F Indirizzo

6.G Codice Fiscale  6.H Partita Iva

6.I Telefono cellulare +39  6.J Indirizzo email

## 7. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

7.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

SI NO

7.B Assicuratori  7.C Data di scadenza ultima copertura

7.D Franchigia  7.E Massimale

7.F Numero di anni di copertura continua

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
  - b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
  - c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
  - d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
  - e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;
- di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.**

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |   |  |
|---|--|
| Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato                            | Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività) | Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro         |
| Art. 6 - Spese legali e gestione delle vertenze                   | Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro               |
| Art. 9 - Precisazione sui rischi coperti                          | Art. 23 - Clausola Broker/Agente di assicurazione              |
| Art. 10 - Esclusioni  | Art. 24 - Continuous Cover Clause                              |
| Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione    |  |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data

**DICHIARAZIONE CONTAGIO ACCIDENTALE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
  - b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
  - c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura
  - d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.**

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |  |   |
|--|---|
| Art. 2 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione - Rescindibilità annuale - Clausola della proroga automatica dell'assicurazione; | Art. 13 - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali;                      |
| Art. 5 - Recesso a seguito di sinistro;  | Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione;   |
| Art. 9 - Validità territoriale;  | Art. 16 - Condizioni di efficacia del contratto e procedura per la valutazione del danno;   |
| Art. 9BIS - Domande giudiziali;  | Art. 19 - Esclusioni;   |
| Art. 10 - Clausola procedura per i reclami su polizze linea persona (Italia);  | Art. 20 - Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni. |
| Art. 12 - Limiti di età;   |   |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Polizza.**

Firma

Data

**DICHIARAZIONE INFORTUNIO**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

**di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.**

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

Art. 3 - Recesso a seguito di sinistro;  
Art. 7 - Foro competente;  
Art. 14 - Esclusioni;

Art. 17BIS - Franchigie per Invalidità Permanente;  
Art. 24 - Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni;  
Art. 27 - Concentrazione.

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Polizza.**

Firma

Data