



## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- I. 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.
- II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Medici dipendenti di Aziende Sanitarie deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N° <b>ITDMM16B203924700000</b>			

COD. BARRARE	CATEGORIA DI RISCHIO	MASSIMALE	PREMIO LORDO ANNUO
01	Medico	€ 5.000.000	€ 480,00
02	Medico in formazione specialistica/Specializzando	€ 5.000.000	€ 336,00
03	Dirigente o Quadro Sanitario NON medico	€ 5.000.000	€ 240,00
04	Ostetriche	€ 5.000.000	€ 240,00
05	Altro personale del comparto	€ 5.000.000	€ 60,00

**Avvertenza:** barrare con una X il codice della attività opzionata; qualora in uno o in più anni dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il premio dovuto è determinato in ragione di un rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) del premio annuo per ogni mese o frazione di esso, con il minimo del 25% del premio annuo.

### 1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited

Il Proponente è attualmente assicurato per "colpa grave" con AmTrust Europe Limited? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 2) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

#### 2.1 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: \_\_\_\_\_

#### 2.2 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 2.1 e 2.2 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.

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- 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. Peraltra, 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 antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  - a. la data di decorrenza della Polizza;
  - b. la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- 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/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**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. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust Europe  
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited  
Sede Legale Market Square House  
St. James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano  
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963  
R.E.A. 1969043

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

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

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 2.1 e 2.2 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 2.1. e 2.2 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: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 2.1. e 2.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

### 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 Am Trust Europe Limited.

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: \_\_\_\_\_



AmTrust Europe  
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited  
Sede Legale Market Square House  
St. James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano  
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •  
R.E.A. 1969043

AmTrust Europe Ltd.  
Capitale Sociale € 92.000.000,00  
Authorised by the Prudential Regulation Authority  
Regulated by the Financial Conduct Authority and the Prudential Regulation Authority

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Paolo Da Cannobio 9  
20122 Milano

Tel: 02 8343 8150

Fax: 02 8343 8174

Email: [milan@amtrustgroup.com](mailto:milan@amtrustgroup.com)

Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00103

Codice IVASS Impresa n° D904R

C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963

R.E.A. 1969043



Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei  
Dipendenti di Aziende Sanitarie - Linea Collettiva  
Edizione Novembre 2015.

## VOLONTA' AD ADERIRE

Con la presente il Dott. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ desidera aderire alla polizza collettiva n° **ITDMM16B203924700000** della

Compagnia AM Trust Europe in data \_\_\_\_\_.

Decorrenza desiderata:

01/01 01/02 01/03 01/04 01/05 01/06 01/07 01/08 01/09 01/10 01/11 01/12

Categoria di rischio:

01 - Medico	premio annuo lordo € <b>480,00</b>	<input type="checkbox"/>
02 - Medico in formazione/specializzando	premio annuo lordo € <b>336,00</b>	<input type="checkbox"/>
03 - Dirigente o quadro sanitario non medico	premio annuo lordo € <b>240,00</b>	<input type="checkbox"/>
04 - Ostetriche	premio annuo lordo € <b>240,00</b>	<input type="checkbox"/>
05 - Altro personale del comparto	premio annuo lordo € <b>60,00</b>	<input type="checkbox"/>

Rateo al 31/03/2017 di € \_\_\_\_\_ (rateo minimo il 25% del premio annuale). Lo stesso dichiara di aver pagato l'importo di € \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

All'Intermediario assicurativo \_\_\_\_\_

Con iscrizione Ivass n° \_\_\_\_\_

*N.B. L'inclusione della singola adesione sarà effettuata alle condizioni sopra indicate solo nei casi di rischi non gravati da circostanze e/o sinistri pregressi, ed è sempre e comunque demandata al giudizio finale della Compagnia che valuterà il Modulo proposta specifico compilato e firmato dall'Assicurando.*

\_\_\_\_\_  
Firma

Il vostro Intermediario



**POLIZZA MIGLIORE SRL**

Sede legale in  
Via Silvio Pellico n°5  
12037 Saluzzo(CN)  
0175-41671