

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

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:		
Attività		
Effetto	Scadenza	
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso - sanita.academy		

IMPORTO TOTALE €

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

Bonifico bancario: BANCO BPM C/C intestato

ASSIMEDICI srl IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 - Causale: nome e cognome

Carta di Credito: VISA MASTERCARD

NR. |__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|

Scad. |__|__|_|/|__|__|_| CVV*|__|__|__|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

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

Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

Responsabilità Civile del Medico - 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.

Il Contraente dichiara che l'attività svolta in regime extramurario è minima rispetto all'attività svolta come dipendente con contratto di lavoro a tempo pieno presso una **Struttura Sanitaria Pubblica**.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 90%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 80%;" type="text"/>	
1.D Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/>	
1.E CAP <input style="width: 10%;" type="text"/>	
1.F Indirizzo <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.G Codice Fiscale <input style="width: 20%;" type="text"/>	1.H Partita Iv: <input style="width: 20%;" type="text"/>
1.I Denominazione Ente di appartenenza <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.J Telefono cellulare +39 <input style="width: 10%;" type="text"/>	1.K Indirizzo email <input style="width: 80%;" type="text"/>

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.B Assicuratori <input style="width: 90%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 90%;" type="text"/>	
2.D Franchigia <input style="width: 90%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 90%;" type="text"/>	
2.F Massimale <input style="width: 90%;" type="text"/>		

3. CONDIZIONI DI POLIZZA

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

€ 2.000.000 / 6.000.000

3.B Periodo di **retroattività** 10 ANNI

3.C **Franchigia** € ZERO

3.D Indicare le **specializzazioni** conseguite dal Proponente:

Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Genetica Medica	<input type="checkbox"/>	Oftalmologia	<input type="checkbox"/>
Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>	Geriatrica	<input type="checkbox"/>	Oncologia	<input type="checkbox"/>
Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/>	Ortopodiatria con implantologia/Odontoiatria	<input type="checkbox"/>
Andrologia	<input type="checkbox"/>	Immunologia	<input type="checkbox"/>	Ortopodiatria senza implantologia/Odontoiatria	<input type="checkbox"/>
Angiologia	<input type="checkbox"/>	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>
Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>
Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Biologia	<input type="checkbox"/>	Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Pediatria esclusi pazienti nei primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/>	Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 gg	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Medicina di comunità	<input type="checkbox"/>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Psicologia clinica/Psicoterapia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Reumatologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietetologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzato	<input type="checkbox"/>	Veterinaria	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>		
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Nefrologia	<input type="checkbox"/>		
Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>		
Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>		
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Neurologia	<input type="checkbox"/>		
Farmacologia	<input type="checkbox"/>	Neuroradiologia	<input type="checkbox"/>		
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>		

4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.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

4.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 (Claims Information Sheet - Modulo Informazioni Sinistro)

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, nè di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;
- f) che, se tra la data della compilazione del presente questionario e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o dare conferma di copertura.

! 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 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività) | Art. 14 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Art. 4 - Esclusioni | Art. 15 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro |
| Art. 5 - Dichiarazioni dell'Assicurato | Art. 16 - Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Art. 13 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione | Art. 18 - Clausola Broker/Agente di 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

 / /

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo della/e polizza/e richiesta/e di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
Il contraente/assicurato

Set informativo della/e polizza/e richiesta/e di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo della/e polizza/e richiesta/e.**

.....
Il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato);

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente/assicurato