

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 _____

dal 1928 ... una storia che continua...

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: 200px;" type="text"/>	1.H Partita Iv: <input style="width: 200px;" type="text"/>
1.I Denominazione Ente di appartenenza <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.J Telefono cellulare +39 <input style="width: 100px;" type="text"/>	1.K Indirizzo email <input style="width: 450px;" type="text"/>

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? SI NO

2.B Assicuratori

2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia

2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale

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