

PROPOSTA DI CONTRATTO

**PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" del
PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

AVVERTENZE

- Ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete e le reticenze possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo.
- L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. DATI DEL PROPONENTE

Nome		Cognome	
Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza			
CAP		Comune	
		Provincia	
Iscritto all'Ordine di:			Iscrizione Nr.

2. CARICHE ATTIVE & CESSATE

Indicare sia le Cariche attive (attualmente in corso) che quelle cessate, specificando alla domanda 2.2 la relativa Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza

2.1 Carica

<input type="checkbox"/> DIRIGENTE MEDICO / VETERINARIO (A)	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO (B)	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE PROFESSIONALE / TECNICO / AMM.VO (C)	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE INFERMIERISTICO (D)
<input type="checkbox"/> MEDICO CONVENZIONATO / CONTRATTISTA (E)	<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA IN FORMAZIONE (F)	<input type="checkbox"/> DIRETTORE GENERALE / AMM.VO / SANITARIO / SOCIALE (G)	<input type="checkbox"/> COMPONENTE COMITATO ETICO (H)
<input type="checkbox"/> QUADRO SANITARIO (I)	<input type="checkbox"/> PERSONALE SANITARIO (L)	<input type="checkbox"/> PERSONALE NON SANITARIO (M)	<input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare) (N)

2.2 Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza

In corso	Cessata	Denominazione	Città	Carica	Anno di inizio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

3. GARANZIE RICHIESTE

3.1 Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione

<input type="checkbox"/> 3 VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA LORDA (FINO AD UN MASSIMO DI € 1.000.000,00)	Retribuzione Annuale Lorda: € _____	
<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	<input type="checkbox"/> € 5.000.000,00

3.2 Periodo di Retroattività

<input type="checkbox"/> Nessuna retroattività (0 anni)	<input type="checkbox"/> 2 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/> 5 anni dalla data di effetto
<input type="checkbox"/> 10 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/> 15 anni dalla data di effetto	<input type="checkbox"/> Illimitato

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI			
4.1 Esiste o è esistito altro Contratto di Assicurazione di questo tipo ("Colpa Grave")?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se 'SI', indicare:			
Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale
4.2 Sono mai state annullate o rifiutate coperture assicurative di questo tipo?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se 'SI', fornire dettagli:			

5. SINISTROSITÀ PREGRESSA e FATTI NOTI	
5.1 Sono state avanzate Richieste di Risarcimento o sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente negli ultimi 5 anni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.2 Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni, eventi dannosi, circostanze o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<p>In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 5.1 e 5.2, si invita il Proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la <u>Scheda di Sinistrosità</u> allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.</p>	

6. DICHIARAZIONI
<p>Il sottoscritto DICHIARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Che le informazioni fornite nella presente Proposta di Contratto ed annessa Scheda Sinistrosità corrispondono a verità; ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa; iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione; iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto; v. Di aver preso atto che l'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta vi. Di aver ricevuto e preso visione del DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni e delle Condizioni di Assicurazione (comprehensive di Glossario/Definizioni); vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario. <p style="text-align: center;">Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate</p> <p>Nome e Cognome _____</p> <p>Data ____ / ____ / _____ Firma _____</p>

SCHEMA DI SINISTROSITÀ

1. Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 5.1 e 5.2 della proposta

Indicare la modalità attraverso la quale il Proponente è giunto a conoscenza dell'esistenza del Sinistro o dei fatti noti dichiarati:

- Informazione di garanzia Atto di citazione Ricorso per accertamento Tecnico preventivo
 Ricevimento di istanza di mediazione Verbale di identificazione
 Richiesta di risarcimento danni → Specificare l'ammontare richiesto € _____
 Altro (specificare) _____

2. Data di ricezione della notifica o della presa di conoscenza: ____ / ____ / _____

3. Tipologia della pretesa risarcitoria

- Decesso per _____
- Ruolo svolto dal Proponente _____
- Altre persone coinvolte _____

4. 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'evento medico prestato _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente _____
- Chiamata in causa della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza insieme al Proponente SI NO
- Eventuali ulteriori dettagli utili ai fini della stipula della polizza:

5. Stato del sinistro

- Procedimento penale in corso
 Imputazione _____
 Stato e grado del procedimento _____
- Procedimento penale concluso
- Condanna a _____
 Patteggiamento _____
 Assoluzione Proscioglimento Non luogo a procedere
 Prescrizione Amnistia e indulto Decreto penale di condanna
- Procedimento civile
 Indicare lo stato attuale, il grado di giudizio, l'ammontare del danno liquidato, ulteriori dettagli utili

- Altro (specificare)

Se necessario, integrare la presente scheda con eventuali ulteriori dichiarazioni su un foglio separato.

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____