

**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:	
Azienda	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel.	Fax
Attività	
Retroattività: <input type="checkbox"/> 0 anni <input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni	
Massimale:	
<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00	
Effetto	Scadenza
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – <a href="http://sanita.academy">sanita.academy</a>	
<b>IMPORTO TOTALE</b>	€

**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 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 1 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. 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: 95%;" type="text"/>	
1.D Provincia <input style="width: 15%;" type="text"/>	
1.E CAP <input style="width: 15%;" type="text"/>	
1.F Indirizzo <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.G Codice Fiscale <input style="width: 25%;" type="text"/>	1.H Partita Iva <input style="width: 25%;" type="text"/>
1.I Telefono cellulare +39 <input style="width: 15%;" type="text"/>	1.J Indirizzo email <input style="width: 60%;" type="text"/>
1.K Anno di prima iscrizione all'Ordine Professionale <input style="width: 20%;" type="text"/>	

#### 2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
2.B Assicuratori <input style="width: 80%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 20%;" type="text"/>	
2.D Franchigia <input style="width: 40%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 60%;" type="text"/>	
2.F Massimale <input style="width: 40%;" type="text"/>	2.G Indicare il numero di certificato della Polizza in scadenza <input style="width: 60%;" type="text"/>	

#### 3. CONDIZIONI DI POLIZZA

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

€ 250.000 <input type="checkbox"/>	€ 500.000 <input type="checkbox"/>	€ 750.000 <input type="checkbox"/>	€ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
€ 1.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.000.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 5.000.000 <input type="checkbox"/>

3.B Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

€ 0 <input type="checkbox"/>	€ 1.500 <input type="checkbox"/>	€ 2.500 <input type="checkbox"/>	€ 5.000 <input type="checkbox"/>
€ 7.500 <input type="checkbox"/>	€ 10.000 <input type="checkbox"/>	€ 15.000 <input type="checkbox"/>	€ 20.000 <input type="checkbox"/>

3.C Indicare il periodo di **retroattività** richiesto

Decorrenza  1 Anno  2 Anni  3 Anni  4 Anni  5 Anni  10 Anni

3.D Indicare le **specializzazioni** conseguite dal Proponente o quelle per cui sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

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

3.E Il Proponente dichiara di essere in pensione?

si no

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

3.F Il Proponente presta servizio per Società sportive agonistiche e di elite, sia come dipendenti che come liberi professionisti.

si no

3.G Il Proponente richiede l'estensione di copertura agli Interventi Invasivi così come definiti all'Art. 35 del Testo di Polizza?

si no

Interventi Invasivi:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee;
8. la somministrazione di anestesia generale.

3.H Il Proponente richiede l'estensione di copertura alle attività inerenti la Medicina Estetica?

si no

3.I Il Proponente richiede di includere in garanzia l'estensione di copertura Spese Legali?

si no

#### 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)

#### 5. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

5.A Il Proponente ha mai lavorato/lavora come Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale?

si no

! In caso di risposta affermativa, indicare per quanti anni

5.B Reddito del Proponente

≤ € 100.000

> € 100.000  
≤ € 300.000

> € 300.000  
≤ € 500.000

5.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

5.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

5.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

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né 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. 4 e 13 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)

Art. 6 - Spese legali e gestione delle vertenze

Art. 9 Precisazione sui rischi coperti

Art. 10 e 20 - Esclusioni

Art. 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Rc Professionale

Art. 16 - Massimale di polizza e suddivisione del massimale per grado di giudizio

Art. 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Estensione Spese Legali e scelta del legale

Art. 27 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione

Art. 28 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)

Art. 32 - Facoltà di recesso in caso di sinistro

Art. 33 - Clausola Broker/Agente

Art. 34 - Continuous Cover Clause - Applicabile unicamente in caso di rinnovo

Art. 35 - Clausola di esclusione degli interventi invasivi

**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**

**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**