

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici e la Tutela Legale Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE		POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N°	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO		FAX	

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

**Barrare la casella dell'Attività Professionale nella tabella sottostante indicando se l'attività viene svolta in ambito professionale:**

LIBERO PROFESSIONISTA                      SI     NO

<input type="checkbox"/>	Analista al microscopio
<input type="checkbox"/>	Assistente di Oftalmologia
<input type="checkbox"/>	Assistente Sanitario
<input type="checkbox"/>	Chiropratico
<input type="checkbox"/>	Dietista (ma solo se non medico)
<input type="checkbox"/>	Ecografista
<input type="checkbox"/>	Educatore professionale
<input type="checkbox"/>	Fisioterapista
<input type="checkbox"/>	Foniatra
<input type="checkbox"/>	Igienista Dentale
<input type="checkbox"/>	Infermiere Caposala
<input type="checkbox"/>	Infermiere Ostetrico
<input type="checkbox"/>	Infermiere Psichiatrico
<input type="checkbox"/>	Infermiere terapia intensiva
<input type="checkbox"/>	Infermiere/infermiere pediatrico vigilatrice d'infanzia/coordinatore infermieristico
<input type="checkbox"/>	Informatore scientifico della salute
<input type="checkbox"/>	Kinesiologo
<input type="checkbox"/>	Logopedista
<input type="checkbox"/>	Massiofisioterapista
<input type="checkbox"/>	Massoterapista
<input type="checkbox"/>	Musico Terapista
<input type="checkbox"/>	Optometrista

<input type="checkbox"/>	Ortottista
<input type="checkbox"/>	oss – osss – ota – asa
<input type="checkbox"/>	Perfusionista
<input type="checkbox"/>	Protesista
<input type="checkbox"/>	Psicomotricista
<input type="checkbox"/>	Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/>	Tecnico audiometrista
<input type="checkbox"/>	Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/>	Tecnico Camera Iperbarica
<input type="checkbox"/>	Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Profusione Cardiovascolare
<input type="checkbox"/>	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/>	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
<input type="checkbox"/>	Tecnico dell'alimentazione dietetica
<input type="checkbox"/>	Tecnico di Medicina nucleare
<input type="checkbox"/>	Tecnico di neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/>	Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/>	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
<input type="checkbox"/>	Tecnico sanitario di neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/>	Tecnico sanitario di radiologia medica
<input type="checkbox"/>	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/>	Terapista occupazionale/Terapista del lavoro
<input type="checkbox"/>	Tossico Ambientale

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici e la Tutela Legale Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

1) *Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited*

1.1 Il Proponente è attualmente assicurato per la Responsabilità Civile con AmTrust Europe Limited? SI  NO   
In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

1.2 Il Proponente è attualmente assicurato per la Tutela Legale 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 in ambito di Responsabilità Civile: 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 *Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato in ambito di Tutela Legale : 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: \_\_\_\_\_

2.3 *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 e 2.3 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.**

- 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. Peraltro, 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 dieci anni (cinque anni per i liberi professionisti) antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  - la data di decorrenza della Polizza;
  - 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 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:
  - Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - Condizioni di Assicurazione;
  - 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 per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici e la Tutela Legale Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

### **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 Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 2.1, 2.2 e 2.3 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi 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., 2.2 e 2.3 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: € \_\_\_\_\_ (In lettere)\_\_\_\_\_
- 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/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato 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) Si precisi 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 si:

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., 2.2 e 2.3 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici e la Tutela Legale Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi 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, il Proponente/Assicurato indichi 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 \_\_\_\_\_