

Assicurazione della Responsabilità Civile RCT/ RCO

Poliambulatorio / Studio Medico / Centro Sanitario senza attività invasiva

Avviso Importante

01. La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante del proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere in maniera esaustiva e veritiera. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.
02. Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inefficace la copertura assicurativa, o pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
03. La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.
Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.
04. La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità non comprende l'attività derivante dall'esercizio presso la struttura richiedente di alcun tipo di attività invasiva, come di seguito definita - 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.

01. **Dati generali riguardanti il Proponente**

- a. Ragione Sociale:
.....
- b. Sede Legale:
.....
- c. Sede/i Operativa/e:
.....
- d. Sito Internet:
.....
- e. Data di Costituzione:
.....
- f. Partita I.V.A.:
.....
- g. Fonti di reddito:

Pubblico /S.S.N.:	Pazienti Paganti:	Donazioni :	Liberi Professionisti che si appoggiano al Proponente(servizi, struttura, etc.):	Altro (si prega di precisare):
%	%	%	%	%

Indicare le percentuali per ciascuna categoria

- h. Importo delle retribuzioni (libro paga) e fatturato degli ultimi 3 **anni** e presumibile importo del libro paga e fatturato dell'anno prossimo?

Anno/ Year	Retribuzioni	Fatturato
Anno prossimo (stima)		
Anno corrente		
Anno corrente: - 1		
Anno corrente: - 2		

I valori dovranno essere espressi in Euro

02. Posti Letto

03. Attività Mediche e Personale Medico:

Reparto	Medici dipendenti	Medici Liberi Professionisti /	Nr. Infermieri /	Altro Personale /
Cardiologia				
Dermatologia				
Laboratorio Analisi				
Microbiologia e Virologia				
Nefrologia e Dialisi				
Oculistica				
Otorinolaringoiatria				
Pediatria				
Psichiatria				
ALTRO (specificare): _____				
ALTRO (specificare): _____				

04. Dettagli Assicurativi

Fornire i dettagli della vostra assicurazione negli ultimi 3 anni:

	Assicuratore	Massimale (RCT) /	Franchigia (per sinistro) /	Formula Claims Made?	Garanzia Postuma	Retroattività	Premio
Attuale					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Attuale - 1					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Attuale - 2					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Scadenza polizza in corso:

Vi è mai stata rifiutata o annullata una copertura per questo genere di rischi? Sì No

Se sì, spiegare perchè?

05. Coperture Richieste

- a. Direzione Sanitaria ? Sì No
- b. Iniezioni per sole finalità estetiche Sì No
- c. Massimale di risarcimento (importi in EURO)
- | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> 3,000,000 |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

06. Sinistrosità Progressiva:

- a. Siete 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 del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere? Sì No
- b. Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere negli ultimi 5 anni? Sì No
- Allegare un elenco completo e aggiornato degli eventi, fatti, atti e azioni, come definiti ai 2 punti precedenti, indicando:

- 1 Numero di riferimento o nome del reclamante
- 2 Data di avvenimento
- 3 Data della richiesta di risarcimento
- 4 Importo del danno
- 5 Tipo di richiesta di risarcimento: RCT / RCO
- 6 Stato: aperto / chiuso
- 7 % attribuibile alla clinica o ai medici/ il personale impiegato
- 8 Specificare se i sinistri indicati vengono gestiti dalla compagnia di assicurazione, dal proponente o dal legale del proponente

Dichiarazione

Il sottoscritto, in qualità di rappresentante del proponente, come dichiarato nel punto 1 del presente Modulo di Proposta dichiara quanto segue:

01. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 01. della presente proposta
02. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
03. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima venga presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
04. che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Data:

.....

Firma:

.....

Nome (in maiuscolo):

.....

Qualifica:

.....

05. Polizza Di Responsabilità Civile Nella Forma Claims Made

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.

06. Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- (a) di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "CLAIMS MADE", a coprire i sinistri (definizioni N° 8, 9 e 10) che (I) si verifichino per la prima volta (II) e siano debitamente notificati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;
- (b) di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza :

- Art. 1 - Durata del contratto – Facoltà di recesso ad ogni scadenza
- Art. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione – Retroattività – (Assicurazione nella forma "CLAIMS MADE")
- Art. 7 - Esclusioni (comprese quelle dell'assicurazione claims made : 7.1, 7.2.a, 7.2.m)
- Art. 10 - Clausola Medici e/o Sanitari
- Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni
- Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro
- Art. 16 - Franchigia aggregata e gestione della stessa
- Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
- Art. 22 - Clausola Broker – Forma delle comunicazioni agli Assicuratori.

Firma:

Data:

.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma:

Data:

.....

Nome (in maiuscolo):

.....