

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave del Medico Dipendente o Convenzionato di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Società 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 rapporto assicurativo, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio 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 della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave del Medico Dipendente o Convenzionato di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- III. L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia volta a rendere indenne il Proponente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo 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 E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		E-MAIL*	
INDIRIZZO*		LOCALITÀ/COMUNE*		PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A.		ATTIVITÀ ESERCITATA*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*		ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*		N° DI ISCRIZIONE*		RECAPITO TELEFONICO	

**\*CAMPI OBBLIGATORI**

### 1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC

Il Proponente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una polizza del gruppo AmTrust? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: \_\_\_\_\_
- la data di decorrenza della polizza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 2) Informazioni relative al Proponente/Assicurato

#### 2.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato:

- Indicare se il Proponente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

NO  SI

**Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.**

#### 2.2 Qualifica ricoperta dal Proponente/Assicurato

- Indicare se il Proponente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o Convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI  NO

b) Privata: SI  NO

**Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero Professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente.**

**Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto *ad hoc*, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.**

## Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave del Medico Dipendente o Convenzionato di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una "X" la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALE		
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	2 MILIONI	1 MILIONE
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)			
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA			
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA			

  

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALE		
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	2 MILIONI	1 MILIONE
04	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)			
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA			
06	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA			

  

SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO		MASSIMALE		
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	2 MILIONI	1 MILIONE
07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO			

**Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di stipulazione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di stipulazione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Proposta ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.**

### 3) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- 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 di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, 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», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
  - L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 9 - Cessazione dell'attività professionale – Ultrattività; Articolo 10 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 11 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro; Articolo 12 - Gestione della Polizza; Articolo 16 - Pagamento del Premio; Articolo 22 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.
- Preso visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'Allegato 3 - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e l'Allegato 4 - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
  - Il Proponente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Set Informativo (AmTrust Colpa Grave - Ed. 01/2019).**
  - Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa)
  - Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale.
  - I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato nelle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)  
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 • 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174 Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland