

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Giovani Medici

### Avviso importante

- 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 perfezionamento del contratto. 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 è valido quale richiesta di quotazione esclusivamente in assenza di sinistri; in caso contrario, il contratto assicurativo non troverà applicazione.**
- III. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia volta a rendere indenne l'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 nel presente modulo.

### A. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al 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.	ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

#### \*CAMPI OBBLIGATORI

### B. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

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

### C. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

#### 1) Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti Richieste di Risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento oltre ad eventuali 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: \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Giovani Medici

### 2) 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

Breve descrizione dei fatti: \_\_\_\_\_

### D. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Medico che non effettua interventi chirurgici, con meno di 38 (trentotto) anni e che non abbia conseguito alcuna specializzazione al momento dell'adesione alla Polizza.

Indicare a) l'eventuale decorrenza di polizza \_\_\_\_\_ b) il massimale da assicurare € 2.000.000,00

### E. Pagamento del Premio e Periodo di Retroattività

Indicare il periodo di Retroattività richiesto tra:

Cod.	Categoria di Rischio	Retroattività	<i>barrare con x la casella interessata</i>
01	Giovane Medico	5 anni	
		1 anno	
		No retroattività	

**La Società invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di Assicurato al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.**

**In caso ricorrano potenziali condotte legate all'Attività Professionale, poste in essere in data antecedente alla stipula del presente contratto di assicurazione, la Società invita ad acquistare un prodotto/opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività adeguato e/o comunque consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività.**

### F. 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 contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso 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 entro il Periodo di Retroattività prescelto.**
- Il Proponente/Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 2) di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.**
- 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.
- Con la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
- 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 Giovani Medici - Ed. 01/2019).**

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il 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