MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale del

GIOVANE MEDICO

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 la Compagnia 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 I 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 CONTRAENTE/ ASSICURANDO

Nome e Cognome / Ragione Sociale

Indirizzo

Città | **Provincia** | **C.A.P.**

Codice Fiscale | **Partita Iva**

Telefono cellulare | **Indirizzo email**

2. CAMPO DI ATTIVITÀ ASSICURANDO

		SI	NO
2.1	L'Assicurando ha meno di 35 anni e non ha ancora conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale né il Diploma di Specializzazione?	☐	☐
2.2	L'Assicurando è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?	☐	☐

3. INFORMAZIONI SUL RISCHIO

		SI	NO
3.1	L'Assicurando ha ricevuto comunicazioni e/o notifiche dalla Struttura ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24?	☐	☐

Se Sì, indicare data, numero delle comunicazioni e una breve descrizione:

		SI	NO
3.2	L'Assicurando ha ricevuto dalla Direzione della Struttura la richiesta di **redigere la relazione tecnica**?	☐	☐

Se Sì, indicare data, numero delle comunicazioni e una breve descrizione della relazione tecnica

4. GARANZIE RICHIESTE

4.1 MASSIMALE

	Massimale per Sinistro	Massimale per Periodo di Assicurazione / Serie di Sinistri
X	€ 2.000.000,00	€ 3.000.000,00

4.2 FRANCHIGIA ☐ Nessuna ☐ € 500,00 ☐ € 1.000,00 ☐ € 2.500,00 ☐ € 10.000,00

4.3 RETROATTIVITÀ ☐ 10 Anni ☐ Illimitata

5. ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

		SI	NO
5.1	(Art. 2.5) **Medicina Estetica**	☐	☐

Se Sì, indicare **indicare percentuale di fatturato relativo alla medicina estetica**

5.1.1 ☐ **Fino** al 50% del fatturato totale ☐ **Oltre** il 50% del fatturato totale

		SI	NO
5.2	L'Assicurando richiede di includere in garanzia le richieste di risarcimento conseguenti o collegate all'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurando? - Esclusione n. 8, Art. 2.16 NON OPERANTE	☐	☐

6. PRECEDENTI ASSICURATIVI

		SI	NO
6.1	Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurato?	☐	☐

6.2	Compagnia	
6.3	Data di Scadenza	
6.4	Massimale	
6.5	Data di Retroattività	
6.6	Premio	

		SI	NO
6.7	Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo?	☐	☐

7. SINISTROSITÀ PREGRESSA

		SI	NO
7.1	Negli ultimi 5 anni l'Assicurando ha ricevuto richieste di risarcimento oppure è stato coinvolto in procedimenti civili, penali, amministrativi, contabili o disciplinari/deontologici relativi all'attività professionale per la quale richiede la presente assicurazione?	☐	☐
7.2	L'Assicurando è a conoscenza di circostanze o di fatti noti che possano ragionevolmente dar luogo a una richiesta di risarcimento o ad azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale, amministrativa, contabile o deontologica?	☐	☐

In caso si risposta affermativa a una delle domane sulla sinistrosità pregressa è **obbligatoria** la compilazione dell'**Allegato 1 del questionario.**

8. DICHIARAZIONI

L'Assicurando DICHIARA:

1)	Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
2)	Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
3)	Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
4)	Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
5)	Di aver ricevuto e preso visione del set informativo ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, composto da DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Modulo di Proposta/Questionario e Condizioni di Assicurazione comprensive di Definizioni;
6)	Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Quesitonario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
7)	Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome

Data

Firma

Allegato 1

MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI SINISTRI, CIRCOSTANZE E FATTI NOTI

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA - COLPA GRAVE - SANITARI NON MEDICI

La presente scheda deve essere compilata per ciascun sinistro, richiesta di risarcimento, procedimento o fatto noto dichiarato nel Questionario Assuntivo.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente relative a circostanze rilevanti per la valutazione del rischio possono comportare l'annullamento del contratto e/o la perdita del diritto all'indennizzo ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.
Il Proponente/Assicurando ha l'obbligo di comunicare ogni elemento materiale e rilevante ai fini della corretta valutazione del rischio.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE / ASSICURANDO

Struttura sanitaria di riferimento	

Prodotto/ Garanzia:

	Medico Libero Professionista		**Colpa Grave**		**Sanitari NON Medici**

2. NOTIFICA DEL SINISTRO / CIRCOSTANZA / FATTO NOTO

Il Proponente dichiara di aver ricevuto / essere venuto a conoscenza di quanto segue e indicare in quale data: Data:

	Atto di citazione / chiamata in causa	
	Richiesta di risarcimento danni / reclamo / istanza di mediazione o negoziazione assistita	
	Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 e 696-bis c.p.c.	
	Comunicazione formale della Struttura su richiesta di risarcimento, evento avverso, SIMES, U.R.P. o procedimento disciplinare	
	Richiesta di relazione clinica da parte della Struttura sanitaria o socio sanitaria	
	Informazione di garanzia / avviso di garanzia	
	Conclusione indagini preliminari	
	Querela / altro atto penale / costituzione di parte civile in procedimento penale	
	Invito a dedurre della Corte dei Conti	
	Azione di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga per colpa grave	
	Opposizione a decreto ingiuntivo / mancato pagamento parcella	
	Primo atto di inchiesta penale, sequestro probatorio o attivita dell'autorità inquirente	
	Notizia di pubblico dominio da cui emergano presunte responsabilità dell Assicurando	
	Altro (specificare):	

3. INFORMAZIONI RILEVANTI SUL SINISTRO / CIRCOSTANZA / FATTO NOTO

Data evento	
Data ricovero	
Data dimissioni	
Età danneggiato	
Reparto / Unità	
Ammontare pretesa risarcitoria EUR	
Prestazione / intervento / attività sanitaria eseguita	
Ruolo svolto dall'Assicurando (es. primo operatore, secondo operatore, tiocinante, anestesista, infermiere, tecnico, ecc.)	
Descrizione dell'evento / circostanza / fatto noto e dell'errore professionale imputato all'Assiucurando	
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo e responsabilità presunta)	

4. TIPOLOGIA DI DANNO LAMENTATO

☐	Lesioni personali (indicare di seguito % di Invalidità)	☐	Responsabilità amministrativa
☐	Mancata / errata diagnosi	☐	Altre perdite patrimoniali
☐	Perdita o menomazione di arti o apparati	☐	Infezione
☐	Complicanza anestesiologica	☐	Danno estetico
☐	Decesso	☐	Responsabilità erariale
☐	Danno neurologico / danni ai nervi	☐	Altro (specificare):
☐	Procedimento disciplinare / deontologico		

Se selezionato **"Lesioni personali", specificare % di Invalidità Permanente accertata:**

Se **"Altro"**, specificare:

5. SOGGETTI DESTINATARI E MODALITA DI CONOSCENZA

La richiesta è indirizzata a:

☐	**la Struttura sanitaria solamente**	☐	**l'Assicurando e la Struttura sanitaria**	☐	**l'Assicurando solamente**

La Struttura sanitaria ha preso in carico / respinto / transato il sinistro? Dettagliare:

Eventuali fattori o dettagli che potrebbero limitare o escludere la responsabilità dell'Assicurando:

6. STATO DEL SINISTRO / PROCEDIMENTO

☐	Procedimento civile in corso	☐	Transazione / accordo stragiudiziale - importo risarcito EUR
☐	Procedimento civile concluso con addebito di responsabilità	☐	Procedimento penale in corso
☐	Procedimento civile concluso senza addebito di responsabilità	☐	Procedimento penale concluso
☐	Procedimento civile impugnato - grado di giudizio	☐	Procedimento contabile / Corte dei Conti / disciplinare

7. MISURE CORRETTIVE / PREVENZIONE

☐	Nessuna	☐	Revisione consenso informato
☐	Riesame dei controlli applicati	☐	Analisi, registrazione e reporting
☐	Procedure uniformi per le prestazioni	☐	Redistribuzione ruoli e responsabilità
☐	Formazione del personale	☐	Altro
☐	Rafforzamento processi organizzativi		

Descrivere le misure introdotte o programmate

Ulteriori osservazioni

8. DICHIARAZIONI

1)	Ai sensi della normativa vigente, il Dichiarante prende atto che i dati forniti nel presente modulo saranno acquisiti e utilizzati per le sole finalità inerenti al contratto di assicurazione stipulato con Lloyd's.BU291
2)	Il Dichiarante, consapevole che dichiarazioni inesatte, incomplete, reticenti o non veritiere possono compromettere l'operatività della copertura assicurativa, attesta che tutte le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e corrispondenti al vero.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome

Data

Firma _____