MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale del

MEDICO DIPENDENTE (Colpa Grave)

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

2.1 Indicare la Qualifica Professionale :

☐ **Medico Dipendente Pubblico** ☐ **Medico Dipendente Privato** ☐ **Medico Specializzando**

2.3 Selezionare con una "X" le attività esercitate:

	Specializzazioni Attività Medica Non Invasiva
	Allergologia e immunologia clinica
	Anatomia patologica
	Andrologia
	Angiologia e flebologia
	Audiologia e foniatria
	Cardiologia
	Dermatologia e venereologia
	Diabetologia e malattie del metabolismo
	Diagnostica ecografica internistica
	Ematologia e medicina trasfusionale
	Endocrinologia e malattia del ricambio
	Epatologia
	Farmacologia e tossicologia clinica
	Gastroenterologia
	Genetica medica
	Geriatria
	Ginecologia
	Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)
	Malattie infettive e tropicali
	Medicina aeronautica e spaziale
	Medicina del lavoro
	Medicina dello sport
	Medicina d'emergenza-urgenza
	Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)
	Medicina interna
	Medicina legale
	Medicina nucleare
	Medicina termale
	Medicine non convenzionali e osteopatiche - agopuntura
	Medico abilitato non specialista
	Medico di comunità - attività per conto SSN
	Medico di medicina generale - medico di famiglia - attività per conto SSN
	Microbiologia e virologia
	Nefrologia
	Neurofisiopatologia
	Neurologia
	Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile
	Oculistica - oftalmologia
	Odontoiatria senza implantologia
	Oncologia e senologia
	Ortodonzia
	Ortopedia
	Ostetricia
	Otorinolaringoiatria
	Patologia clinica e biochimica clinica
	Pediatra di libera scelta - attività per conto SSN
	Pediatria senza neonatologia
	Pneumologia
	Psichiatria
	Psicologia clinica
	Radiodiagnostica (esclusa mammografia)
	Radioterapia
	Reumatologia
	Scienze dell'alimentazione
	Statistica sanitaria e biometria
	Terapia del dolore e cure palliative
	Urologia
	Visite specialistiche preparatorie a chirurgia generale

	Specializzazioni Attività Medica Invasiva
	Anestesia - rianimazione e terapia intensiva
	Cardiochirurgia
	Cardiologia interventistica
	Chirurgia addominale
	Chirurgia andrologica
	Chirurgia bariatrica
	Chirurgia della mano
	Chirurgia dell'apparato digerente - gastroenterologia
	Chirurgia d'urgenza
	Chirurgia estetica plastica
	Chirurgia fetale
	Chirurgia generale
	Chirurgia ginecologica (esclusa ostetricia)
	Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)
	Chirurgia maxillo facciale inclusa chirurgia estetica pertinente
	Chirurgia oncologica e senologica
	Chirurgia oncologica ortopedica
	Chirurgia pediatrica
	Chirurgia proctologica
	Chirurgia ricostruttiva
	Chirurgia toracica
	Chirurgia urologica
	Chirurgia vascolare
	Endocrinochirurgia
	Ginecologia con atti invasivi
	Ginecologia con fecondazione assistita
	Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto
	Nefrologia chirurgica
	Neurochirurgia
	Oculistica - oftalmologia (esclusa chirurgia estetica)
	Oculistica - oftalmologia inclusa chirurgia estetica pertinente
	Odontoiatria con implantologia osteointegrata
	Odontoiatria con implantologia altre metodiche
	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)
	Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali
	Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica)
	Otorinolaringoiatria inclusa chirurgia estetica pertinente
	Pediatria con neonatologia e TIN

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**?	☐	☐
3.2	L'Assicurando ha ricevuto dalla Direzione della Struttura la richiesta di **redigere la relazione tecnica**?	☐	☐
3.3	Negli ultimi cinque anni, l'Assicurando è stato **licenziato per giusta causa** in relazione all'attività lavorativa svolta come dipendente ed oggetto della presente polizza?	☐	☐

Se Sì, fornire dettagli:

4. GARANZIE RICHIESTE

4.1 MASSIMALE ☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00

4.2 FRANCHIGIA ☐ Nessuna

4.3 RETROATTIVITÀ ☐ 10 Anni ☐ Illimitata

5. ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Si intenderanno operanti SOLO le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura

		SI	NO
5.1	(Art. 2.4) **Condanna in solido con la Struttura e al pagamento di provvisionale in sede penale**	☐	☐
5.2	(Art. 2.5) **Responsabilità amministrativa e direzione sanitaria**	☐	☐
5.3	(Art. 2.6) **Funzioni pubbliche e giudiziali**	☐	☐
5.4	(Art. 2.8) **Copertura continua**	☐	☐

l'Assicurando conferma che la polizza in vigore, nonché le eventuali successive, al momento in cui il proponente ha ricevuto dalla Struttura le comunicazioni e/o notifiche ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 e/o la richiesta di redigere la relazione tecnica, consentivano la denuncia e l'apertura di un sinistro in relazione a tali fattispecie?

5.4.1 ☐ Confermo ☐ Non Confermo

Selezionando "Non confermo" è obbligatoria la compilazione dell'**Allegato 1 del questionario.**

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?		
7.3	Negli ultimi dieci 10 anni l'Assicurando è stato riconosciuto responsabile per colpa grave con sentenza emessa dall'Autorità competente oppure ha definito il procedimento mediante giudizio abbreviato dinanzi alla **Corte dei conti** o con una transazione stragiudiziale?		

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

9. 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 _____