# MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale del

**MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA**

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** L'Assicurando è regolarmente iscritto all'Albo Professionale? **SI** ☐ **NO** ☐

**2.2** Indicare la tipologia di attività libero professionale

☐ **Attivita' Medica NON Invasiva** ☐ **Attivita' Medica Invasiva**

**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 |
| | Oncologia e senologia |
| | 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 |
| | 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

**3.1** L'Assicurando conferma che l'attività libero professionale oggetto della presente copertura è svolta unicamente in nome e per conto di Strutture Sanitarie o Sociosanitarie, ovvero in assenza di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente? **SI** ☐ **NO** ☐

**3.2** Qualora sia stata selezionata Medicina dello Sport, tra i pazienti del medico si annoverano sportivi professionisti? **SI** ☐ **NO** ☐

Se Sì, fornire dettagli:

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

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

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

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 | |
|---|---|---|---|
| ☐ | € 1.000.000,00 | € 3.000.000,00 | *** |
| ☐ | € 2.000.000,00 | € 6.000.000,00 | |
| ☐ | € 3.000.000,00 | € 6.000.000,00 | |
| ☐ | € 5.000.000,00 | € 6.000.000,00 | |

*** Massimale per Sinistro di € 1.000.000,00 è disponibile solo per l'Attività Medica Non Invasiva

**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

*Compilare solo in caso* ***NON sia stata selezionata una Attività Invasiva***

| | | 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** | (Art. 2.6) **Attività micro invasiva** | ☐ | ☐ |
| **5.3** | (Art. 2.7) **Attività invasiva** | ☐ | ☐ |

## 6. ULTERIORI ESTENSIONI DI GARANZIA OPZIONALI A PAGAMENTO

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

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **6.1** | (Art. 2.8) Responsabilità Amministrativa e Direzione Sanitaria | ☐ | ☐ |

Se Sì, completare la tabella sottostante:

**Ragione Sociale:**

| | |
|---|---|
| Nr. Posti letto | |
| Emolumenti annui percepiti o che percepirà il proponente per il ruolo svolto | |
| Fatturato relativo all'ultimo anno finanziario completo della struttura sanitaria | |
| Stima fatturato anno finanziario corrente | |

**Maggiori 5 Aree di Specializzazione:**

| | |
|---|---|
| **1** | |
| **2** | |
| **3** | |
| **4** | |
| **5** | |

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **6.2** | (Art. 2.9) **Funzioni pubbliche e giudiziali** | ☐ | ☐ |
| **6.3** | (Art. 2.10) **Conduzione dello studio (RCT-RCO)** | ☐ | ☐ |
| **6.4** | 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 | ☐ | ☐ |

**7.** PRECEDENTI ASSICURATIVI

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **7.1** | Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurato? | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **7.2** | Compagnia | |
| **7.3** | Data di Scadenza | |
| **7.4** | Massimale | |
| **7.5** | Data di Retroattività | |
| **7.6** | Premio | |

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **7.7** | Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo? | ☐ | ☐ |

**8.** SINISTROSITÀ PREGRESSA

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| **8.1** | 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? | ☐ | ☐ |
| **8.2** | 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.**

**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** _____