MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale dell'

OPERATORE SANITARIO NON 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 ritenga 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/I

2.1 Indicare la modalità con cui il Proponente svolge l'attività professionale:

☐ **Dipendente Pubblico** ☐ **Dipendente Privato** ☐ **Libero Professionista**

2.2 Il Proponente è regolarmente iscritto all'Albo Professionale o è in possesso dei titoli e delle abilitazioni richiesti dalla Legge per l'esercizio dell'attività professionale dichiarata?

☐ Sì

☐ No

2.3 Indicare con una "X" l'**attività professionale** esercitata dal Proponente:

	Assistente di studio odontoiatrico		Ortottista e assistente di oftalmologia
	Assistente sanitario		Osteopata
	Assistente sociale		Ostetrica
	Biologo inclusa fecondazione assistita		Ottico
	Biologo nutrizionista/biologo esclusa fecondazione assistita		Pedagogo
	Chimico sanitario		Podologo
	Chinesiterapeuta		Psicmotricista
	Chinesiologo		Psicologo
	Chiropratico		Puericultrice
	Dietista		Soccorritore di emergenza sanitaria
	Educatore professionale		Sociologo
	Farmacista		Tecnico audiometrista
	Farmacista nutrizionista		Tecnico audioprotesista
	Fisico medico		Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
	Fisioterapista		Tecnico della riabilitazione psichiatrica
	Igienista dentale		Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
	Infermiere professionale/infermiere pediatrico/vigilatrice d'infanzia		Tecnico di neurofisiopatologia
	Logopedista		Tecnico ortopedico
	Massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici		Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
	Massofisioterapista		Tecnico sanitario di radiologia medica
	Massoterapista		Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
	Odontotecnico		Terapista occupazionale
	Operatore sociosanitario (OSS/OSA/ASA/OTA/OSSS)		

3. GARANZIE RICHIESTE

3.1 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

3.2 FRANCHIGIA [X] Nessuna

3.3 RETROATTIVITÀ [ ] 10 Anni [ ] Illimitata

4. ESTENSIONI GARANZIA a pattuizione espressa

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

	SI	NO	
Responsabilità amministrativa e ruoli di direzione	☐	☐	**(Art. 2.5)**
Funzioni pubbliche e giudiziali	☐	☐	**(Art. 2.6)**
Conduzione dello studio (RCT/RCO)	☐	☐	**(Art. 2.7)**

5. PRECEDENTI ASSICURATIVI

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

5.2	Compagnia	
5.3	Data di Scadenza	
5.4	Massimale	
5.5	Data di Retroattività	
5.6	Premio	

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

6. SINISTROSITÀ PREGRESSA

		SI	NO
6.1	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?	☐	☐
6.2	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?	☐	☐
6.3	Negli ultimi 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 di risposta affermativa a una delle domande sulla sinistrosità pregressa è **obbligatoria** la compilazione dell'**Allegato 1 del questionario.**

7. 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 / Questionario 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, tirocinante, anestesista, infermiere, tecnico, ecc.)	
Descrizione dell'evento / circostanza / fatto noto e dell'errore professionale imputato all'Assicurando	
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		

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.
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 _____