

POLIZZA EMESSA
DA ALCUNI SINDACATI
DEI **LLOYD'S OF LONDON**

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE – COLPA GRAVE**MEDICI DIPENDENTI OSPEDALIERI – TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI**

COMPRESO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA - INCLUSA INTRAMOENIA ALLARGATA

MODULO DI ADESIONE DA FIRMARE ED INVIARE TRAMITE FAX AL 02.87.18.11.52

Assicurato _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____ Fax _____

E-mail _____ Cod. Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Ordine Medici di _____ Nr. _____

Specializzazione _____

Associazione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

COMPAGNIA DELEGATARIA RC: ALCUNI SINDACATI DEI LLOYD'S OF LONDON - CONVENZIONE AgAdI

MASSIMALE	EFFETTO DELLA GARANZIA	SCADENZA PRIMA RATA	SCADENZA POLIZZA	IMPORTO* TOTALE ANNUO

* comprensivo di quota associativa e diritti di emissione

Importo Rate Future | _____ ,00 **Aggiungo alla proposta la polizza Tutela Legale allegando il modulo di adesione****Modalità di Pagamento prescelta:** Bonifico Bancario Carta di Credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

- 1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi;
- 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale.

E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.

L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e Data _____ , | / / | / | |

Firma _____ 

REFERENTE

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20

Tel. **(+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.87.18.11.52**www.assimediti.it**E-mail **info@assimediti.it** PEC **info@assimediti.eu**

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406

Iban Conto Separato IT 26 M 05728 01600 023571142860

**STEFFANO
GROUP**

Responsabilità civile Personale Dipendente del S.S.N.

Modulo di proposta

L'indicazione di Premio è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE

"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 1 Codice Civile)

- (1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una indicazione di Premio. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.
- (2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente:

(b) Indirizzo e codice fiscale:

(c) Denominazione dell'Ente di appartenenza

(d) Indicare se il Proponente è Dirigente di II Livello: **Si** **No**

(e) Specializzazione conseguita: **Specializzato** **Specializzando**

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI:

indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio **Si** **No**

In caso affermativo, precisare:

(a) Impresa assicuratrice:

(b) Periodo di polizza

(c) Massimale di polizza

(d) Premio ultima annualità

Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli **Si** **No**

03. CONDIZIONI DI POLIZZA:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO:**

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 5,000,000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA':**

indicare il periodo di retroattività richiesto:

10 ANNI

04. SINISTROSITA' PREGRESSA:

- (a) Sono state avanzate richieste di risarcimento*, come definite di seguito, nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?
Si No
- (b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di poter cagionare richieste di risarcimento* come definite di seguito. Si No

***Richiesta di risarcimento:**

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

- i. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- ii. la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

IN CASO AFFERMATIVO, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

05. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara:

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione;
- c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa;
- d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro indicazione di Premio o conferma di copertura.

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):

Qualifica:

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Firma:

Data:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire i Sinistri fatti per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione.
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa polizza:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 9	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione claims made - 9.1)
Articolo 15	Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 17	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.
Articolo 18	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 21	Clausola Broker

Firma:

Data:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. 7B**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconto al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconto** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconto*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconto").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente

Codice Fiscale/Partita Iva

Indirizzo/Sede Legale

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunati; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> Altro |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto? **SI** - **NO**

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

.....
L'intermediario  Il contraente