

## Modulo di Proposta- Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie (Convenzione N° ITDMM15B2025)

- I. Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Medici dipendenti di Aziende Sanitarie deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	

COD	QUALIFICA DELL'ASSICURATO	MASSIMALE	PREMIO LORDO ANNUO
01	MEDICO	€ 5.000.000,00	€ 480,00
02	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA SPECIALISTICA (SPECIALIZZANDO)	€ 5.000.000,00	€ 336,00
03	DIRIGENTE O QUADRO SANITARIO NON MEDICO	€ 5.000.000,00	€ 240,00
04	ALTRO PERSONALE DEL COMPARTO NON MEDICO	€ 5.000.000,00	€ 80,00

### 1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited

Il Proponente è attualmente assicurato per "colpa grave" con AmTrust Europe Limited? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 2) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

- Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
  - la data di decorrenza della Polizza;
  - la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - Condizioni di Assicurazione;
  - Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

- la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
- al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_



## SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO

### - Ricevuta dell'assicurato, relativa alla consegna della informativa precontrattuale -

Assicurato

COGNOME E NOME			
VIA N.°	LOCALITA'/COMUNE	PROVINCIA-	C.A.P.

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto

- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (**Allegato 7A**).
- 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 (**Allegato 7B**);
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_



### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D.lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi – anche all'estero compresi paesi extra UE – dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_



### QUESTIONARIO SULLA ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Il sottoscrittore del presente documento ha manifestato l'intenzione di acquisire una copertura assicurativa per la propria responsabilità patrimoniale ed è stata ipotizzata la sua adesione alla Convenzione n. ITDMM15B2025 (ex n. IT0MM11B1013037A0000) stipulata tra AmTrust Europe Limited e Cabi Broker di Assicurazioni Srl.

#### AVVERTENZE E DATI PRELIMINARI

Le vigenti disposizioni di legge e di regolamenti obbligano gli assicuratori e gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze degli aderenti.

La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dagli aderenti col tramite del presente questionario, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Gli aderenti possono rifiutare di a fornire le informazioni che devono essere richieste; posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza per contratto rispetto alle loro esigenze assicurative tale rifiuto comporta il rilascio da parte loro di una dichiarazione attestante la circostanza.

Prima di procedere alla compilazione del questionario, è importante leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

- 1) è necessario rispondere in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;
- 2) è necessario rammentare che le risposte fornite a ciascuna domanda costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire- oltre ad un corretto apprezzamento del rischio- di evitare di incorrere nei disposti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile (dichiarazioni inesatte e reticenti).

#### ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE

##### QUALI OBIETTIVI SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE L'ADESIONE?

- Ottemperare ad obblighi di legge
- Coprire nuovi rischi alla persona
- Non risponde

##### QUALI SPECIFICI RISCHI SI INTENDONO COPRIRE TRAMITE L'ADESIONE?

- Protezione del proprio patrimonio, nella vita personale, da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi
- Protezione del proprio patrimonio, nell'esercizio della professione / attività lavorativa, da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi

#### INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Sono state rese disponibili le caratteristiche essenziali delle garanzie e dei relativi premi?  Sì  No

Sono state rese disponibili le condizioni di polizza dalle quali desumere esclusioni, massimali, e delimitazioni dell'oggetto della garanzia?  Sì  No

#### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE (SI PREGA DI CROCESEGNARE L'OPZIONE SCELTA)

- Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza del contratto offerto.

#### OVVERO

- Il sottoscritto dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione della **adeguatezza del contratto offerto alle sue esigenze assicurative.**

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_

