



Referente:  
Marco Pietri

Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni Tel 02.48.00.46.77

**ASSICURAZIONE MEDICI OSPEDALIERI**AI SENSI DEL C.C.N.L. DELL'AREA RELATIVA ALLA DIRIGENZA MEDICA  
CON ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA

La quotazione e' subordinata all'esame di questo modulo, compilato, datato e firmato dal Proponente, e di ogni altro documento o informazione gli Assicuratori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

**AVVISO IMPORTANTE**

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. 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.

(3) **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:

I reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle 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, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".

**01.**

Contraente \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_

Attività svolta \_\_\_\_\_

Responsabile Struttura complessa  SI  NO Medico con rapporto di lavoro continuativo con il SSN o con organizzazioni che operano in regime di conv. con il SSN, inclusa intramoenia anche allargata Medico Ospedaliero con libera professione extramoenia (modulo non valido - visitare il sito www.assimedi.it) Medico Libero professionista (modulo non valido - visitare il sito www.assimedi.it)

Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**02.****a. Il Contraente ha, negli ultimi 3 anni, stipulato una polizza simile a quella richiesta con la presente proposta?**  SI  NO

in caso affermativo precisare:

1. Impresa Assicuratrice \_\_\_\_\_ 2. Durata \_\_\_\_\_

3. Massimali di Polizza \_\_\_\_\_ 4. Premio relativo all'ultima annualità \_\_\_\_\_

**b. Al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?**  SI  NO

in caso affermativo si prega di fornire dettagli: \_\_\_\_\_

**03.****GARANZIE RICHIESTE - LIMITE DI INDENNIZZO**per sinistro e per periodo di assicurazione  €. 2.500.000,00  €. 5.000.000,00**04.**Si richiede eliminazione della proroga automatica del contratto prevista in polizza?  SI  NO

Referente:  
Marco Pietri

Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni Tel 02.48.00.46.77

**05.****SINISTROSITA' PREGRESSA**

- a.** Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?  SI  NO
- b.** Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente?  SI  NO

**IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, 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: \_\_\_\_\_

**NB Se è stato risposto affermativamente, dovrà essere compilato il "modulo sinistri"**

**06.****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 aver letto e compreso le note introduttive a questo questionario
- c. di prendere atto che questo questionario non vincola ne' i Sottoscrittori ne' il proponente di cui al punto 1 (a) alla stipulazione di alcun contratto di assicurazione.**
- d.** che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- e.** che, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza ci fossero variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta sia l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime sia il diritto degli assicuratori di ritirare o modificare il preventivo o conferma di copertura.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ | **Il proponente** \_\_\_\_\_

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ | **Il proponente** \_\_\_\_\_