

## MODULO DI PROPOSTA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE

PER MEDICO SPECIALISTA IN RADIOLOGIA, RADIOTERAPIA,  
RADIOLOGIA INTERVENTISTA E NEURORADIOLOGIA RADIODIAGNOSTICA  
da inviare a mezzo fax allo 02.87.18.11.52 Per informazioni tel. 02.91.98.33.11

Assicurato		Indirizzo	
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale			
Partita Iva			
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.	
Associazione			
Attività			
Azienda		Indirizzo	
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	

Retroattività				
Massimale	Nessuna	2 anni	5 anni	10 anni
€ 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 240,00	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 310,00	<input type="checkbox"/> € 395,00
€ 5.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 280,00	<input type="checkbox"/> € 355,00	<input type="checkbox"/> € 425,00	<input type="checkbox"/> € 470,00

- Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale **Massimale: € 30.000,00 Premio: € 130,00**  
 Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale **Massimale: € 50.000,00 Premio: € 170,00**  
 Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

- Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus **Massimale: € 100.000,00 Premio: € 25,00**  
 Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus **Massimale: € 200.000,00 Premio: € 50,00**  
 Rinuncio alla polizza 3Virus

Effetto\* |\_\_|\_\_|\_\_| Scadenza |\_\_|\_\_|\_\_|  
 \*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Pagamento:

Bonifico bancario: UBI Banca C/C **Assimedici Srl**  
 IBAN: IT68K0311101618000000004990 – Causale: nome e cognome

Carta di credito:  VISA  MASTERCARD

NR. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Scad. |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| CVV\* |\_\_|\_\_|\_\_| \*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Importo totale

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) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) 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 avvalermi 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 del Contraente)



## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

- 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	POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N° <b>IITDMM16B0005761200000</b>	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	

### Barrare la casella dell' Attività Professionale:

<input type="checkbox"/>	<b>01 Dirigente Medico che svolge attività chirurgica di ginecologia e ostetricia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>02 Dirigente Medico ortopedico, neurochirurgo e neonatologo che svolge attività chirurgica</b>
<input type="checkbox"/>	<b>03 Dirigente medico, con esclusione di ortopedici, neurochirurghi, neonatologi, ginecologi e ostetrici che svolgono attività chirurgica</b>
<input type="checkbox"/>	<b>04 Medico in formazione specialistica / specializzando</b>
<input type="checkbox"/>	<b>05 Dirigente o quadro sanitario NON medico / Ostetriche</b>
<input type="checkbox"/>	<b>06 Altro personale del comparto</b>

### 1) Precedenti assicurativi con il Gruppo AmTrust

Il Proponente è attualmente assicurato per con il Gruppo AmTrust? SI  NO

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

### 2) Massimale Richiesto / Retroattività richiesta/Decorrenza

Indicare il Massimale richiesto tra:

**2 Milioni**

**5 Milioni**

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

Indicare la Retroattività richiesta tra:

Nessuna\*       2 anni\*       5 anni\*       10 anni\*       illimitata

\* Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata.

Indicare l'eventuale decorrenza di polizza

### 3) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

#### 2.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

#### 2.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 2.1 e 2.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.**

- 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:
  - a. la data di decorrenza della Polizza;
  - b. 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:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;Modulo di Proposta.

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

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

**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:

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

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

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

### **SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 2.1 e 2.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 2.1. e 2.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

#### C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato  SI  NO
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_ %
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

#### D) Stato del sinistro

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI  NO

Se si:  
Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 2.1. e 2.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.



## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Patteggiamento *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un procedimento civile ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'ineroperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



**MODULO DI RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**  
Modulo di Proposta per Legal Protection Colpa Grave

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		Libero Professionista
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

**MASSIMALE**  € 30.000,00 Premio: €130,00

**MASSIMALE**  € 50.000,00 Premio: €170,00

**Effetto\* Scadenza**

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

**Pagamento:**

Bonifico bancario: UBI Banca C/C **Assimedici Srl**

IBAN: IT68K0311101618000000004990 – Causale: nome e cognome

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

(Firma)



dal 1928... una storia che continua...



## Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Medici Dipendenti Ospedalieri

### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.  
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Tutela Legale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è finalizzata a rendere indenne l'Assicurato dalle spese legali connesse alle imputazioni penali e/o sanzioni amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

### A. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Tutela Legale.

Tutela Legale:  Non è mai stato assicurato  È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:  Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro

È stata disdetta la polizza per sinistro

Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

### B. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

#### 1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti azioni legali

Indicare se sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

#### 2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

## Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Medici Dipendenti Ospedalieri

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti B.1 e B.2 del presente modulo si rammenta al proponente assicurato quanto disposto al punto II. Della sezione "Avviso Importante"

### C. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione)

		PREMIO LORDO ANNUO MASSIMALE € 30.000	PREMIO LORDO ANNUO MASSIMALE € 50.000
<input type="checkbox"/> A	MEDICI DIPENDENTI OSPEDALIERI (TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI)	€ 130,00	€ 170,00

Indicare a) l'eventuale decorrenza di polizza

b) il massimale per sinistro ed anno  € 30.000  € 50.000

Retroattività per sinistri in ambito penale

retroattività per sinistri in ambito amministrativo

### D. Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

### E. Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. 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.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione 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.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che è un contratto di assicurazione finalizzato alla copertura delle spese legali connesse ad imputazioni penali o sanzioni amministrative 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.
4. 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:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Adesione.

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:

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

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

## Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Medici Dipendenti Ospedalieri

### **SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### A) **Dati Identificativi Medico Proponente:**

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) **Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti B.1 e B.2 della adesione**

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto B.1. e B.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto  
dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

#### C) **Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo**

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato  SI  NO
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

#### D) **Stato del sinistro**

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI

NO

Se si:

Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata adesione, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Medici Dipendenti Ospedalieri

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della adesione.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla adesione stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- 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 CLAIMSMADE.**

.....  
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:

acconsento 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;

- **acconsento** 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;
- **\_\_\_\_\_ acconsento\*** (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 Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\*Il 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 "acconsento").

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

.....  
Il contraente

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde  
**800-MEDICI**  
**800-633424**

**STEFFANO**  
**GROUP**



## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

### 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"/> <b>RC Professionale;</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Infortuni</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____ |

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

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedi.it E-mail info@assimedi.it PEC info@assimedi.it

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.



ASSIMEDICI Srl



dal 1928... una storia che continua...

ASSIMEDICI  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

ASSISANITÀ

ASSIART

MASTER  
AFFIDATI TUOI RISCHI AD UN LEADER

ASSI ENTIPUBBLICI

SICURAMED

ASSIPROFESSIONISTI

ASSI CONDOMINIO