

ASSICURAZIONE MEDICI OSPEDALIERI DIPENDENTI DEL SSN

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

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di ogni altro documento o informazione gli Assicuratori ritengano 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 I Codice Civile)

(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.

01.

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Cod. Fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Partita IVA |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Specializzato in _____

Attività svolta _____

Responsabile Struttura complessa SI NO

Medico dipendente del SSN inclusa attività intramoenia anche allargata

Medico Ospedaliero con libera professione extramoenia (modulo non valido - visitare il sito www.assimedici.it)

Medico Libero professionista (modulo non valido - visitare il sito www.assimedici.it)

Azienda Ospedaliera _____

Reparto _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

02.

a. Il Contraente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio ? 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.

a. GARANZIE RICHIESTE - LIMITE DI INDENNIZZO

per sinistro e per periodo di assicurazione

€ . 2.500.000,00

€ . 5.000.000,00

b. PERIODO DI RETROATTIVITÀ

numero di anni richiesto 5

04. SINISTROSITA' PREGRESSA

a. Sono state avanzate richieste di risarcimento*, come definite di seguito in accordo con il Testo di Polizza, 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 in accordo con il Testo di Polizza.

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 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"

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 questo questionario non vincola né gli Assicuratori né il Proponente di cui al punto 1 (a) alla stipulazione del contratto di assicurazione.
- c. 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 questo questionario 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 quotazione o conferma di copertura.

Luogo e data _____ /__/_//__/_//__/_//__/_//__/_//__/_//

Firma del proponente _____

Qualifica _____

Cognome e Nome (leggibile) _____

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.

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Firma del proponente _____

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.

Data /__/_//__/_//__/_//__/_//__/_//__/_// Firma _____

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto sarà concluso con alcuni Assicuratori dei Lloyd's, la cui Rappresentanza generale per l'Italia è situata in Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 122 del decreto legislativo n. 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

- RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami: Tel. 02 6378881 - Fax 02 63788850, E-mail servizioclienti@lloyds.com).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dal Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

- TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

L'assicurando dichiara di aver ricevuto la nota informativa e di averla letta attentamente prima di procedere alla sottoscrizione

Data

Firma dell'Assicurando
