



**A. Avviso importante**

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative 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, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.).
- II. Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.
- III. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale Medici Chirurghi e Odontoiatri deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento 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 ovvero del periodo temporale pari a 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del Periodo di Assicurazione.
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato.

**B. Dati del Proponente/Assicurato**

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° ISCRIZIONE	INDIRIZZO EMAIL	

- NEI PARAGRAFI CHE SEGUONO BARRARE CON **X** LA CASELLA INTERESSATA

**C. 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 Responsabilità Civile Professionale

 **NON È MAI STATO ASSICURATO** **È GIÀ STATO ASSICURATO E** **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****D. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni (2 anni + 3 anni)

 **NO NEGLI ULTIMI 2 ANNI** **SI NEGLI ULTIMI 2 ANNI** **NO NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI** **SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI  
MA CON 3 O MENO DI 3 RICHIESTE/AZIONI** **SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI  
MA CON PIÙ DI 3 RICHIESTE/AZIONI**

Indicare se il Proponente/Assicurato è a conoscenza di fatti, azioni o omissioni dai quali possono derivare richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità (in aggiunta a quanto sopra indicato)

 **NO** **SI****NB:** IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI

## E. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica/chirurgica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione conseguita e con particolare attenzione alla pratica o meno di interventi chirurgici e/o accertamenti diagnostici invasivi)

I°	A <input type="checkbox"/>	GINECOLOGIA - OSTETRICIA	B <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
	C <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	D <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA - MEDICINA ESTETICA
	E <input type="checkbox"/>	MEDICINA D'URGENZA/EMERGENZA	F <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CON INTERVENTI CHIRURGICI
II°	A <input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA	B <input type="checkbox"/>	NEUROCHIRURGIA
	C <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA TORACICA	D <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA VASCOLARE
III°	A <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON INTERVENTI CHIRURGICI	B <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI
	A <input type="checkbox"/>	ANESTESIA E/O RIANIMAZIONE	B <input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA
IV°	C <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA IN GENERE	D <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
	V°	A <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA IN GENERE	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>		MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI - MEDICINA DEL LAVORO		
D <input type="checkbox"/>		ALTRE SPECIALIZZAZIONI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI		

**NB:** PER **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI** SI INTENDONO QUALSIASI ATTO MEDICO CHE COMPORTI IL PRELIEVO DI TESSUTI PER INDAGINI ISTOLOGICHE NONCHÉ QUALSIASI ALTRO ATTO MEDICO CHE, AI SOLI FINI DIAGNOSTICI, COMPORTI LA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO.

PER **INTERVENTI CHIRURGICI** SI INTENDONO QUALSIASI ATTO MEDICO EFFETTUATO AI FINI TERAPEUTICI CHE COMPORTI L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO.

Indicare: **a)** l'eventuale decorrenza di polizza: \_\_\_\_\_ **b)** il massimale da assicurare: \_\_\_\_\_

## F. 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 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 altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
  - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
  - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
  - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
  - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03; per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, via A. Albricci 9, 20122 Milano.
  - il titolare del sopra descritto trattamento è la Società AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia

Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_

- 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 progressive 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: 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;

- **accenso** 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;
- \_\_\_\_\_ **accenso**\* (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;

\* (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 "accenso").

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

.....  
**Il contraente**

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

ASSIMEDICI Srl  
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47  
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034  
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357  
Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29  
[www.assimediti.it](http://www.assimediti.it) E-mail [info@assimediti.it](mailto:info@assimediti.it)

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - **Socio i.L.L.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association**

- **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 scadenze 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 scadenze 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**