

POLIZZA EMESSA  
DA ALCUNI SINDACATI  
DEI **LLOYD'S OF LONDON**

**POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE – COLPA GRAVE****MEDICI DIPENDENTI OSPEDALIERI – TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI**

COMPRESO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA - INCLUSA INTRAMOENIA ALLARGATA

**MODULO DI ADESIONE DA FIRMARE ED INVIARE TRAMITE FAX AL 02.87.18.11.52**

Assicurato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Ordine Medici di \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

Associazione \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**COMPAGNIA DELEGATARIA RC: ALCUNI SINDACATI DEI LLOYD'S OF LONDON**

<b>MASSIMALE</b>	<b>EFFETTO</b> DELLA GARANZIA	<b>SCADENZA</b> PRIMA RATA	<b>SCADENZA</b> POLIZZA	<b>IMPORTO*</b> TOTALE ANNUO

\* comprensivo di quota associativa e diritti di emissione

**Importo Rate Future | \_\_\_\_\_ | ,00** **Aggiungo alla proposta la polizza Tutela Legale allegando il modulo di adesione****Modalità di Pagamento prescelta:**  Bonifico Bancario  Carta di Credito

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) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi;
- 2) 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 avvalerVi, 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 \_\_\_\_\_ 

REFERENTE

**ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20

Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.11.52

www.assimediti.it

E-mail info@assimediti.it PEC info@assimediti.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406

Iban Conto Separato IT 26 M 05728 01600 023571142860

**STEFFANO  
GROUP**

## Responsabilità civile del Personale Dipendente del SSN Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"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).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

### 1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 90%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 65%;" type="text"/>	1.D Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
1.E CAP <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	
1.F Indirizzo <input style="width: 45%;" type="text"/>	1.G Partita Iva/Codice Fiscale <input style="width: 45%;" type="text"/>
1.H Denominazione Ente di appartenenza <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.I Telefono cellulare +39 <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	1.J Indirizzo email <input style="width: 90%;" type="text"/>

### 2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>si</b>	<b>no</b>
2.B Assicuratori <input style="width: 30%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 60%;" type="text"/>	
2.D Franchigia <input style="width: 30%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 60%;" type="text"/>	
2.F Massimale <input style="width: 30%;" type="text"/>		

### 3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Massimale per sinistro ed in aggregato annuo	€ 5.000.000,00
3.B Franchigia per ogni e ciascun sinistro	€ ZERO
3.C Periodo di retroattività	10 ANNI
3.D Posizione del Proponente:	
Dirigente Medico <input type="checkbox"/>	Dirigente non Medico <input type="checkbox"/>
Personale Sanitario non Medico <input type="checkbox"/>	Specializzando <input type="checkbox"/>

### 4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>si</b>	<b>no</b>
4.B Il Proponente è 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 nei suoi confronti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>si</b>	<b>no</b>

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'IVASS.

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |  |   |
|--|---|
| Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato                               | Art.17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)    | Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro        |
| Art. 10 - Esclusioni   | Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro              |
| Art. 16 - Modalità della proroga automatica - Rescindibilità annuale | Art. 22 - Clausola Broker                                     |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data

- 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 CLAIMS MADE.**

.....  
**Il contraente**

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

- **accosento** 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;
- \_\_\_\_\_ **accosento\*** (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 Stefano, 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 "accosento").

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

.....  
**Il contraente**

- **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>Infortunati;</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**