

Responsabilità Civile del Libero Professionista Laureato in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Biologia

Professional Indemnity of self employed Doctors, Orthodontist, Biologists

Modulo di proposta – Proposal Form

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT WARNING

"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 1 Codice Civile)

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. 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.

This proposal form should be completed in ink by the proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply fully and frankly. The proposal form must be signed and dated.

(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.

All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

(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:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle 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".

THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE - CLAIMS MADE BASIS

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance.

The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance, except where specified under "Extended Declaration Period"

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente – Full name of the Insured:

(b) Indirizzo e codice fiscale/PI – Address and Tax Code/VAT registration number :

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI

indicare se negli ultimi 3 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio – Has the proposer been insured – in the last 3 years – for this type of risk?

SI – YES NO – NO

In caso affermativo, precisare: - If so, please indicate:

(a) Impresa assicuratrice – Insurance Company: _____

(b) Periodo di polizza – Period of Insurance: _____

(c) Massimale di polizza – Limit of Indemnity: _____

(d) Premio ultima annualità' – Last annual premium: _____

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo – In caso affermativo si prega di fornire dettagli – Has insurance for this type of risk ever been refused or cancelled? If yes, please provide details

SI/Yes

NO/No

ASSIMEDICI e ASSISANITÀ sono marchi registrati da ASA BROKER STEFFANO
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.48.00.46.77 - Fax 02.48.00.94.47

www.assimedici.it - www.assisanita.it

Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156

Socio i.L.l.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

03. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività – Please state all the specializations lawfully held by the proposer together with the effective activities carried out:

Area Medica	Area Chirurgica	Area Servizi Clinici
Allergologia ed Imm. Clinica	<input type="checkbox"/> Andrologia	<input type="checkbox"/> Anatomia patologica.
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione
Ematologia	<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría
Endocrinologia e malattie del Ricambio	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica
Epatologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/> Farmacologia
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Genetica Medica
Geriatría	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Igiene e medicina preventiva
Immunologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatría
Medicina di base	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Medicina legale
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare
Medicina generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia
Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Endocrinocirurgia	<input type="checkbox"/> Ortognatodonzia/Odont. con implantologia
Medicina interna	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Ortognatodonzia/Odont. senza implantologia
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Patologia clinica
Medicina tropicale	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
Nefrologia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/> Scienza della alimentazione/Dietologia
Neurologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatría	<input type="checkbox"/> Tossicologia medica
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
Pediatria esclusi paz. primi 60 g	<input type="checkbox"/>	
Pediatria inclusi paz. primi 60 g	<input type="checkbox"/>	
Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>	
Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>	
Reumatologia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
Medico Specializzando	<input type="checkbox"/> (indicare la specialità) _____	
Altro	<input type="checkbox"/> _____	

Area non Medica

Biologia
 Odontotecnico

04. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza – Please choose terms and conditions of the cover:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO** – Limit of Indemnity:

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 500,000 EUR 750,000 EUR 1,000,000 EUR 1,500,000
 EUR 2,000,000 EUR 2,500,000 EUR 5,000,000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA'**: indicare il periodo di retroattivita' richiesto – Retroactive date: please state the requested retroactive period:

Numero anni richiesto: _____

(c) **ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE** – indicare se il proponente richieda/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza delle richieste di risarcimento originate da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza: Exclusion of INVASIVE ACTS as defined in the policy wording:

ESCLUSIONE RICHIESTA ESCLUSIONE NON RICHIESTA

1928 - 2008... 80 anni, una storia che continua...

(d) **RINNOVO AUTOMATICO** - Si richiede eliminazione della proroga automatica del contratto prevista in polizza? *Does the proposer wish to eliminate the automatic renewal provision?*

- Si - Eliminare il rinnovo automatico/Yes
 No - Mantenere il rinnovo automatico/No

(e) **FRANCHIGIA**- Indicare la franchigia richiesta - *Excess*:

EUR 0 EUR 1,500 EUR 2,500 EUR 5,000
EUR 10,000 EUR 20,000 EUR 25,000 Massimale Polizza
1° Rischio: _____

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? - *Have any claims or any disciplinary or legal proceeding been filed against the Proposer in the last 5 years?*

- SI - YES NO - 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? - *Is the Proposer aware of any act which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an insurance of this type?*

- SI - YES NO - NO

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDDETTE 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;

06. DICHIARAZIONE - DECLARATION

Il sottoscritto, dichiara - *The undersigned hereby declares:*

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni; - *that the statements are true to the best of his/her knowledge and belief;*
b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione - *that signing this application does not bind either the undersigned or the Underwriters to make the insurance contract.*
c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa - *that should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the undersigned agrees that this Proposal Form will be the basis of the contract and part of the Policy itself*
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 - *that should there be, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any variations of the information contained in the Proposal Form, the undersigned agrees to notify such variations immediately to Underwriters who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

Data / Date |__|__|/|__|__|/|__|__|__|

Firma del Proponente / *Proposer's Signature* Prima di firmare, si legga bene l'Avviso Importante in prima pagina. *Please read the Important Warning on front page before signing.*

Firma / *Signature* _____

Nome Leggibile / *Printed Name* _____