

MODULO DI PROPOSTA

Assicurazione della Responsabilità Civile RCT/ RCO

Poliambulatorio / Studio Medico / Centro Sanitario senza attività invasiva

Avviso Importante

Important Warning

01. **La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante del proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere in maniera esaustiva e veritiera. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.**
This proposal form should be completed in ink by a person duly authorised by the Proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply to the best of their knowledge. The proposal form must be signed and dated.

02. **Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inefficace la copertura assicurativa, o 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 Insurance Policy or prejudice your rights in the event of a claim.

03. **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, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza. 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 fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.**
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, provided that the Underwriters are notified thereof 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.

04. **La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità non comprende l'attività derivante dall'esercizio presso la struttura richiedente di alcun tipo di attività invasiva, come di seguito definita - 1) la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche; 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori; 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica; 4) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti; 5) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti; 6) l'iniezione di sostanze per finalità estetiche; 7) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.**
This proposal form doesn't cover any circumstance or claim arising from any kind of activities carried out by the proposer related to invasive activities as defined: ep1) surgical penetration of human tissue, cavities or organs, including the use of scalpels, retractors and any diagnostic probe; 2) suture of major and traumatic wounds; 3) application of heart catheters and performance of angiography or angioplastics procedures; 4) natural vaginal delivery, delivery via caesarean section and other obstetrics or gynaecological procedures that could cause bleeding; 5) manipulation, suture or extraction of any oral tissue, teeth included; 6) injection of substances for aesthetical purposes; 7) use of lasers not strictly connected with cutaneous procedures.

01. **Dati generali riguardanti il Proponente - General Information on the Proposer**

- a. Ragione Sociale - *Full name of Clinic:*
.....

- b. Sede Legale - *Registered Address:*
.....

- c. Sede/i Operativa/e - *Practice Address/es:*
.....

- d. Sito Internet - *Website address:*
.....

- e. Data di costituzione - *date established:*
.....

- f. Partita I.V.A. - *V.A.T. number:*
.....



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
 Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29

www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.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**



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

g. Fonti di reddito: *Source of Income:*

<i>Publico /S.S.N.: Public / NHS</i>	<i>Pazienti Paganti: Private Paying Patients</i>	<i>Donazioni : Donations</i>	<i>Liberi Professionisti che si appoggiano al Proponente(servizi, struttura, etc.): Free Lance Doctors who utilise the Centre's services and/or structures</i>	<i>Altro (si prega di precisare): Other (if so, please specify)</i>
%	%	%	%	%

Indicare le percentuali per ciascuna categoria – Please indicate the percentage for each category

h. Importo delle retribuzioni (libro paga) e fatturato degli ultimi 3 anni e presumibile importo del libro paga e fatturato dell'anno prossimo? / *Last 3 years' wagheroll and Turnover & prospective years' estimated wagheroll and Turnover?*

<i>Anno/ Year</i>	<i>Retribuzioni / Wageroll</i>	<i>Fatturato / Turnover</i>
<i>Anno prossimo (stima) / Coming Year</i>		
<i>Anno corrente / Current Year</i>		
<i>Anno corrente: - 1</i>		
<i>Anno corrente: - 2</i>		

I valori dovranno essere espressi in Euro – Please note that the figures must be shown in Euros.

02. **Posti Letto / Total Number of beds:**

.....

03. **Attività Mediche e Personale Medico: /Medical Activities and Medical Personnel:**

<i>Reparto / Ward</i>	<i>Medici dipendenti / Number of Employed Doctors</i>	<i>Medici Liberi Professionisti / Freelance/Self- Employed Doctors</i>	<i>Nr. Infermieri / Number of Nurses</i>	<i>Altro Personale / Other members of staff</i>
Cardiologia				
Dermatologia				
Laboratorio Analisi				
Microbiologia e Virologia				
Nefrologia e Dialisi				
Oculistica				
Otorinolaringoiatria				
Pediatria				
Psichiatria				

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

Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29

www.assimedicini.it E-mail info@assimedicini.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



ALTRO (specificare): _____				
ALTRO (specificare): _____				

04. Dettagli Assicurativi / Insurance Details

Fornire i dettagli della vostra assicurazione negli ultimi 3 anni: *Please provide details of your insurance for the last 3 years:*

	Assicuratore / Insurer	Massimale (RCT) / Limit	Franchigia (per sinistro) / Excess (each and every claim)	Formula Claims Made? / Claims Made Basis?	Garanzia Postuma /	Retroattività / Retrocover	Premio / Premium
Attuale / Last year policy					Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>		
- 1					Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>		
- 2					Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>		

Scadenza polizza in corso / *Expiry date of your insurance cover:*

.....

Vi è mai stata rifiutata o annullata una copertura per questo genere di rischi? *Have you ever had cover refused or cancelled for these types of risks?*

Si/Yes No/No

Se sì, spiegare perchè? *If yes please explain why?*

.....

05. Coperture Richieste / Extended cover required:

- a. Direzione Sanitaria ? – *Direttore sanitario buyback?* Si/Yes No/No
- b. Iniezioni per sole finalità estetiche – *Injections of substances for aesthetical purposes BUYBACK* Si/Yes No/No
- c. Massimale di risarcimento (importi in EURO) – *Limit of Indemnity (:*

500,000 750,000 1,000,000 1,500,000 2,000,000 2,500,000 3,000,000

06. Sinistrosità Progressiva / Claims History:

- a. Siete 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 e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere?

Are you aware of any acts which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an Insurance of this type?

Si/Yes No/No

- b. Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere negli ultimi 5 anni?

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

Si/Yes No/No

Allegare un elenco completo e aggiornato degli eventi, fatti, atti e azioni, come definiti ai 2 punti precedenti, indicando:
/ Attach a complete and up-to-date list of any events, circumstances, acts or proceedings, as defined in the previous 2 questions, indicating:

- Numero di riferimento o nome del reclamante - *Reference number or name of claimant*
- Data di avvenimento - *Date of occurrence*
- Data della richiesta di risarcimento - *Date Claim Made*
- Importo del danno - *Incurred amount*
- Tipo di richiesta di risarcimento: RCT / RCO - *Type of Claim: PL / GL / EL*
- Stato: aperto / chiuso - *Status: Open / Closed*
- % attribuibile alla clinica o ai medici/ il personale impiegato - *% attributable against the Clinic or Medics or employed staff*
- Specificare se i sinistri indicati vengono gestiti dalla compagnia di assicurazione, dal proponente o dal legale del proponente – *Specify whether the circumstances indicated are handled by the Insurers, the proposer or a legal representative of the proposer*

Dichiarazione Declaration

Il sottoscritto, in qualità di rappresentante del proponente, come dichiarato nel punto 1 del presente Modulo di Proposta dichiara quanto segue. *The undersigned, as a person authorised to do so by the proposer, as indicated in point 1 of the Proposal Form, declares that:*

01. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 01. della presente proposta *He/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer as specified in point 01;*
02. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, **DOPO ACCURATA INDAGINE**, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni *AFTER HAVING MADE CAREFUL ENQUIRIES, the answers contained in this Proposal Form and the attached Claims Declaration Form are, to the best of his/her knowledge, accurate and truthful*
03. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima venga presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa. *Should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the Proposer agrees that this Proposal Form will form the basis of the contract and will form a part of the Policy itself*
04. che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonche il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura. *If, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any circumstances alter the information contained in the Proposal Form, the Proposer agrees notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

Data/ Date:

.....

Firma/ Signature:

.....

Nome (in maiuscolo) / Name (in block capitals):

.....

Qualifica/ Position:

.....

05. Polizza Di Responsabilita' Civile Nella Forma Claims Made

Third Party Liability Insurance – Claims Made Basis.

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, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.

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 fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.

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, provided that the Underwriters are notified thereof 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.

Firma/ Signature:

.....

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.

Nome e Cognome leggibili: _____

Data: _____ Firma: _____