

## MODULO PROPOSTA RESPONSABILITÀ CIVILE ED AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE COLPA GRAVE DEI MEDICI DIPENDENTI O CONVENZIONATI

### DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE

Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017 con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti  
**Convenzione CSMM**

Contraente			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale			
Partita IVA			
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.	
Specializzazione:			
Azienda			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	
<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico <input type="checkbox"/> Dipendente Privato <input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia <input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività chirurgica <input type="checkbox"/> Dirigente medico che non svolge attività chirurgica <input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica / Specializzando			
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>Tutela Legale</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale	
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>3Virus</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus	
Effetto			Scadenza
L'importo della quota associativa <b>CSMM</b> per l'anno in corso è di <b>€ 60,00</b>			
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM nell'anno 2019 - sanita.academy			
<b>IMPORTO TOTALE</b>		<b>€</b>	

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_



Il Proponente

## Modulo di Adesione

## Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. L'Aderente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dall'Aderente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la adesione alla Polizza Collettiva, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del rapporto assicurativo venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Aderente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia volta a rendere indenne l'Aderente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nelle Condizioni di Assicurazione.

**Dati dell'Aderente/Assicurato**

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		E-MAIL*	
INDIRIZZO*		LOCALITÀ/COMUNE*		PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A.		ATTIVITÀ ESERCITATA*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*		ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*		N° DI ISCRIZIONE*		RECAPITO TELEFONICO	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N. IITDMM18B0001761200000					

**\*CAMPI OBBLIGATORI****1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?**

L'Aderente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una compagnia del gruppo AmTrust? SI  NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: \_\_\_\_\_
- la data di decorrenza della prima adesione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2) Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato****2.1 Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato:**

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI  NO

**Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.**

**2.2 Qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato**

Indicare se l'Aderente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

- a) Pubblica: SI  NO
- b) Privata: SI  NO

**Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente. Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto ad hoc, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.**

## Modulo di Adesione

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 440		€ 396		€ 365	
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 410		€ 369		€ 340	
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 384		€ 346		€ 319	

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
04	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 528		€ 475		€ 438	
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 492		€ 443		€ 408	
06	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 461		€ 415		€ 382	

SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO		MASSIMALI					
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€ 220		€ 198		€ 183	

**Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.**

### 2.3 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

- L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**Claims made**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.
- Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza di Assicurazione in oggetto, il modulo 7A - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 e successive modifiche.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva CSMM – Ed. 03/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**

## Modulo di Adesione

### Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale così come riportato agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.
- È prevista la facoltà per l'Aderente/Assicurato di aderire alla Polizza Collettiva alla decorrenza della stessa, nonché durante tutto il periodo in cui la stessa è vigente, ed il premio dovuto è sempre determinato per una durata di 12 (dodici) mesi.
- Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
  - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
  - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

- Conferma ricezione dell' informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- 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 a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....  
**Il contraente**

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **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: 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;

- **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;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** (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 indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

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>Infortunì;</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**

MOD. ST001