



**Polizza di “Colpa Grave”
Medico Dipendente del SSN
Legal Liability of Employees of Italian NHS
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 ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.
The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorized person, and any further documentation or information that underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly

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 I 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.

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e Cognome del Proponente: *Full Name of the Insured:* _____

(b) Indirizzo e codice fiscale: *Address and Tax Code:* _____
 _____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(c) Denominazione e luogo dell’Ente di appartenenza *Name and location of the employer :*

(d) PEC email e/o Numero di FAX *PEC email and/or FAX Number* _____

(e) E’ a conoscenza dell’esistenza della copertura assicurativa contratta dal Suo Ente di appartenenza ai sensi di quanto disposto dall’art. 21 comma 1 del CCNL 3 novembre 2005 e s.m.i. ? *Is the proposer aware of an Insurance Coverage signed by the employer, in accordance with the provisions of the article 21, paragraph 1 of the CCNL, 3 November 2005 and following modifications and integrations?*

Sì, L’Ente è assicurato No, l’Ente non è assicurato Non ne sono a conoscenza

Yes, the Health Service Entity is insured No, the Health Service Entity is not insured I am not aware of it

(f) Il Proponente e’ Responsabile di UO? *Is the proposer Head of Dept?* Sì/ Yes No/ No

(g) Specializzazione conseguita e/o esercitata *Specialization held*

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI: indicare se - negli ultimi 5 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio. *Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk?*

Sì/ 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:*

Sì/Yes No/No _____

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza
Please choose from the following options 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.

€ 1.000.000,00

€ 2.500.000,00

€ 5.000.000,00

04. 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 been filed or have any actions been taken to verify civil, criminal or ethical liability 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, omission or fact which could give grounds for any future claim or any actions undertaken to verify civil, criminal or ethical liability against the Proposer*

SI – YES

NO – NO

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA SINISTRO ALLEGATA IN OGNI SUA PARTE. UNA SCHEDA PER OGNI EVENTO. *IF YES PLEASE FILL IN THE ATTACHED CLAIM FORM. ONE FORM FOR EACH EVENT.*

05. 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.*

e. di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo.

Data / Date

Firma / Signature

Qualifica / Title

Nome Leggibile / Printed Name

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 una futura richiesta di risarcimento, 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 Sinistro potrà essere denunciato a termini della polizza stessa (salvo che sia diversamente previsto), anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

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 (unless otherwise agreed), even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Firma / Signature

SCHEMA SINISTRO

1	Data del sinistro Data ricezione comunicazione sinistro
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato
3	Descrizione del sinistro Procedimento Penale <input type="checkbox"/> Procedimento Civile <input type="checkbox"/>
4	Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro
5	Ammontare del danno richiesto Euro Eventuale Riserva della Compagnia Euro
6	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?
7	Conclusione del sinistro o stato attuale
8	Nome del Proponente Firma Data