

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' COLPA GRAVE PERSONALE
AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - Legge Nr. 24 dell'8 marzo 2017
(con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti)**

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.

Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità per "Colpa Grave" Personale Aziende Sanitarie Pubbliche Legge Nr 24 del 8 marzo 2017 deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

Dati del Proponente:

Assicurato			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov	
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale			
Data di nascita		Luogo di nascita	
		Prov.	

Barrare la casella dell'Attività Professionale:

<input type="checkbox"/> 01 Dirigente medico tutte le specializzazioni
<input type="checkbox"/> 02 Specializzando
<input type="checkbox"/> 03 Medici Convenzionati / Medici Contrattisti
<input type="checkbox"/> 04 Medico Veterinario
<input type="checkbox"/> 05 Dirigente Sanitario: Psicologo / Biologo / Farmacista
<input type="checkbox"/> 06 Infermiere / Tecnico Sanitario / Personale sanitario non Medico / Operatore Sanitario
<input type="checkbox"/> 07 Ostetrica
<input type="checkbox"/> 08 Direttore Sanitario

Massimale richiesto:

<input type="checkbox"/> 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> 3.000.000,00	<input type="checkbox"/> 5.000.000,00
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Decorrenza/Effetto della Polizza richiesta: | | | | | | | | | |
 La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno.
 La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento



_____ *Il Proponente*

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' COLPA GRAVE PERSONALE
AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - Legge Nr. 24 dell'8 marzo 2017
(con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti)**

Dichiarazioni del Proponente:

Negli ultimi 10 anni sono state esperite Azioni di rivalsa come indicate all'Art. 10 comma 3 della Legge 24/2017?

SI NO se SI indicare quanti NR. _____

Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.

Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni

Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.



Il Proponente

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.



Il Proponente

POLIZZA TUTELA LEGALE PROFESSIONALE

- Massimale 15.000,00 Massimale 20.000,00 Massimale 30.000,00
 Rinuncio alla garanzia Tutela Legale

POLIZZA CAPOFAMIGLIA CASA SERENA

- Massimale 500.000,00 Massimale 1.000.000,00
 Rinuncio alla garanzia Capofamiglia Casa Serena

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente

DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- 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 CLAIMSMADE.**

.....
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, 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 "acconsento".

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

.....
Il contraente

SICURAMED divisione di ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.87.19.80.99 - Fax 02.87.18.10.98

Recapiti Roma: Tel. 06.92.91.79.52 - Fax 06.92.91.21.31

Recapiti Torino: Tel. 011.04.37.446 - Fax 11.04.32.358

www.sicuramed.it E-mail info@sicuramed.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.



DA FIRMARE FRONTE E RETRO

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?

- RC Professionale;** **Infortuni**
 Tutela Giudiziaria; **Altro** _____

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 PIU' 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 VOLONTA' 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

SICURAMED divisione di ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.87.19.80.99 - Fax 02.87.18.10.98

Recapiti Roma: Tel. 06.92.91.79.52 - Fax 06.92.91.21.31

Recapiti Torino: Tel. 011.04.37.446 - Fax 11.04.32.358

www.sicuramed.it E-mail info@sicuramed.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.

