

Responsabilità Civile  
del

# Medico

libero professionista

Legal Liability of Self-employed Doctors  
Modulo di Proposta - Proposal Form

La quotazione e' subordinata all'esame di questo modulo, compilato, datato e firmato dal Proponente, e di ogni altro documento o informazione gli Assicuratori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

### AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT WARNING

- (1) La presente proposta deve essere compilata a penna. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di dare risposte complete e veritiera. Il modulo deve essere firmato e datato. *This proposal form should be completed in ink. 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 a tale obbligo potrà rendere invalidabile l'assicurazione o pregiudicare gravemente 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) ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE  
*THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS*  
La presente proposta è relativa a un'assicurazione della responsabilità civile nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:  
le richieste di risarcimento fatte per la prima volta nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di assicurazione, a condizione che gli Assicuratori ne vengano informati durante lo stesso periodo di assicurazione  
Dopo la scadenza della polizza, nessun sinistro potrà essere denunciato 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.  
*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 same 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.*

#### 01. Dati Generali riguardanti il Proponente / General Information on the Proposer:

a) Cognome e nome / Name of the Proposer \_\_\_\_\_

b) Indirizzo e Codice Fiscale: /Address and Tax personal number:  
\_\_\_\_\_

#### 02. a) Il Proponente ha, negli ultimi 3 anni, stipulato un'assicurazione simile a quella richiesta con la presente proposta?

*Has the Proposer been covered, in the past 3 years, by insurance similar to that now proposed?*

SI/Yes     NO/NO In caso affermativo precisare: / If yes, please specify

1. Impresa Assicuratrice  
*Insurance Company*  
\_\_\_\_\_

2. Durata                      dal :    al :  
*Period of insurance*  
\_\_\_\_\_

3. Massimali di Polizza  
*Limits of Indemnity*  
\_\_\_\_\_

4. Premio relativo all'ultima annualità  
*Annual Premium*  
\_\_\_\_\_

b) Al Proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?  
*Has insurance for the same risk ever been refused or cancelled?*

SI/Yes       NO/NO      **In caso affermativo si prega di fornire dettagli**  
*If yes, please provide details*

**03. Eventuali specializzazioni alle quali il Proponente è regolarmente abilitato - specialization(s) lawfully held:**

<input type="checkbox"/> Allergologia e immunologia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia
<input type="checkbox"/> Andrologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Farmacologista	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Andrologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Oncologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Traumatologia SENZA atti invasivi
<input type="checkbox"/> Angiologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Traumatologia con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Angiologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia senza danni estetici	<input type="checkbox"/> Ortopedico
<input type="checkbox"/> Cardiologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Ortottista-ottico-oplometrista
<input type="checkbox"/> Cardiologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Ostetrico con assistenza al parto
<input type="checkbox"/> Chirurgia estetica e plastica compreso danni estetici e fisionomici	<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Ostetrico senza assistenza al parto
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Malattie infettive e tropicali	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Pediatria di libera scelta (medico di base) (DPR 613/96)
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo-facciale con danni estetici	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Pediatria CON neonatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Medicina generale	<input type="checkbox"/> Pediatria esclusa Neonatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Pneumologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Medicina interna COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Pneumologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Medico di base	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Medico Legale	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Dentista che effettua implantologia	<input type="checkbox"/> Medico specialista ambulatoriali (DPR 500/96)	<input type="checkbox"/> Psicologo
<input type="checkbox"/> Dentista che effettua implantologia con danni estetici	<input type="checkbox"/> Nefrologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Radiologia
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Nefrologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Radiologia interventista
<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Dermatologia con estetica ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Neurofisiologia	<input type="checkbox"/> Recupero e Riabilitazione
<input type="checkbox"/> Dermatologia con estetica COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> Urologia COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/> Oculistica ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Urologia ESCLUSA l'effettuazione di interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia senza danni estetici	<input type="checkbox"/> Oculistica COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici SENZA laser	<input type="checkbox"/> Veterinario
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Oculistica COMPRESA l'effettuazione di interventi chirurgici con laser	
<input type="checkbox"/> Endocrinologia senza danni estetici	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia	

04. Massimale di risarcimento richiesto: / Limit of indemnity required:

Nota : Il massimale è la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare per l'insieme di tutte le richieste di risarcimento pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione annuo.

Note : The Limit of Indemnity is the maximum amount for which Underwriters shall be liable in respect of all claims falling within a period of insurance.

- |               |                          |               |                          |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| EUR 250,000   | <input type="checkbox"/> | EUR 1,000,000 | <input type="checkbox"/> |
| EUR 500,000   | <input type="checkbox"/> | EUR 1,500,000 | <input type="checkbox"/> |
| EUR 750,000   | <input type="checkbox"/> | EUR 2,000,000 | <input type="checkbox"/> |
| EUR 2,500,000 | <input type="checkbox"/> |               |                          |

05. La copertura prevede 2 anni di retroattività. E' richiesto un periodo di retroattività maggiore di 2 anni ?

*/Requested retroactivity:*

- SI/Yes- Anni /Years \_\_\_\_\_  NO/NO

06. a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni di responsabilità civile, penale o da parte dell'Ordine di appartenenza nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

*Have any claims been made or any disciplinary or legal proceeding filed against the Proposer in the last 5 years?  
If yes, please provide details*

- SI/Yes  NO/NO In caso affermativo si prega di fornire dettagli

---

---

---

b) E' il Proponente a conoscenza di azioni, omissioni o circostanze da cui sia ragionevolmente prevedibile che possano derivare richieste di risarcimento rientranti nell'assicurazione in questione?

*Is the Proposer aware of any wrongful act which he/she has reason to suppose might give grounds for any future claims that would fall within the scope of the proposed insurance?*

- SI/Yes  NO/N In caso affermativo si prega di fornire dettagli:  
*If yes, please provide details*

---

---

---

07. 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' Signature

**Prima di firmare, si legga bene l'Avviso Importante in prima pagina.**  
*Please read the Important Warning on front page before signing.*

\_\_\_\_\_