

Responsabilità civile del Professionista Sanitario Non-Medico

Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta 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.

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).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	1.B Cognome <input style="width: 90%;" type="text"/>
1.C Città <input style="width: 70%;" type="text"/>	
1.D Provincia <input style="width: 15%;" type="text"/>	1.E CAP <input style="width: 15%;" type="text"/>
1.F Indirizzo <input style="width: 95%;" type="text"/>	
1.G Codice Fiscale <input style="width: 25%;" type="text"/>	1.H Partita Iva <input style="width: 25%;" type="text"/>
1.I Telefono cellulare +39 <input style="width: 15%;" type="text"/>	1.J Indirizzo email <input style="width: 80%;" type="text"/>

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	si	no
2.B Assicuratori <input style="width: 80%;" type="text"/>	2.C Data di scadenza ultima copertura <input style="width: 20%;" type="text"/>	
2.D Franchigia <input style="width: 30%;" type="text"/>	2.E Numero di anni di copertura continua <input style="width: 70%;" type="text"/>	
2.F Massimale <input style="width: 80%;" type="text"/>		

3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Indicare il massimale richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)			
€ 250.000 <input type="checkbox"/>	€ 500.000 <input type="checkbox"/>	€ 750.000 <input type="checkbox"/>	€ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
€ 1.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.000.000 <input type="checkbox"/>	€ 2.500.000 <input type="checkbox"/>	€ 5.000.000 <input type="checkbox"/>
3.B Franchigia per ogni e ciascun sinistro			€ ZERO
3.C Indicare il periodo di retroattività richiesto			
Decorrenza <input type="checkbox"/>	1 Anno <input type="checkbox"/>	2 Anni <input type="checkbox"/>	3 Anni <input type="checkbox"/>
			4 Anni <input type="checkbox"/>
			5 Anni <input type="checkbox"/>
3.D Indicare le Professioni esercitate dal Proponente:			
Assistente Sociale <input type="checkbox"/>	Operatore Socio Sanitario <input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica <input type="checkbox"/>	
Biologo <input type="checkbox"/>	Ortottista <input type="checkbox"/>	Tecnico di Laboratorio <input type="checkbox"/>	
Bionaturopata <input type="checkbox"/>	Osteopata <input type="checkbox"/>	Tecnico nell'Alimentazione Dietetica <input type="checkbox"/>	
Chinesiterapeuta <input type="checkbox"/>	Pedagogo <input type="checkbox"/>	Tecnico Neurofisiopatologo <input type="checkbox"/>	
Chiropratico <input type="checkbox"/>	Perfusionista <input type="checkbox"/>	Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/>	
Cosmetologo <input type="checkbox"/>	Podologo <input type="checkbox"/>	Tecnico per l'Ambiente del lavoro <input type="checkbox"/>	
Dietista <input type="checkbox"/>	Pranoterapeuta <input type="checkbox"/>	Tecnico Radiologo <input type="checkbox"/>	
Erborista <input type="checkbox"/>	Psicologo <input type="checkbox"/>	Terapista Audiometrico <input type="checkbox"/>	
Fisioterapista <input type="checkbox"/>	Psicologo del Lavoro <input type="checkbox"/>	Terapista Neurologico e Psicomotorio <input type="checkbox"/>	
Igienista Dentale <input type="checkbox"/>	Psicomotricista <input type="checkbox"/>	Terapista Occupazionale <input type="checkbox"/>	
Infermiere Professionale NON Ostetrico <input type="checkbox"/>	Riflessologo <input type="checkbox"/>	Terapeuta <input type="checkbox"/>	
Logopedista <input type="checkbox"/>	Tatuatore <input type="checkbox"/>	Tossicologo Ambientale <input type="checkbox"/>	
Massaggiatore <input type="checkbox"/>	Tecnico Audiologo <input type="checkbox"/>		
Naturopata <input type="checkbox"/>	Tecnico Audiometrista <input type="checkbox"/>		
Odontotecnico <input type="checkbox"/>	Tecnico Camera Iperbarica <input type="checkbox"/>		

4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.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?

si

no

4.B Il Proponente è 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 nei suoi confronti?

si

no

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

! **di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.**

Firma

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato

Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)

Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)

Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Art. 10 - Esclusioni

Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro

Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione

Art. 23 - Clausola Broker/Agente

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

Firma

Data

 / /