

## QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

### RESPONSABILITA' CIVILE del GIOVANE MEDICO

*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.*

*The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.*

*"The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence" (Article 1892 comma I Civil Code).*

*The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.*

#### 1. **Contraente:**

*Insured*

#### **Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente**

*VAT number or fiscal code of Proposer*

#### **Indirizzo del Proponente**

*Address of proposer*

**Città / City** \_\_\_\_\_ **CAP / Post code** \_\_\_\_\_ **Provincia / Province** \_\_\_\_\_

- **Data di inizio dell'attività:**

*Start date of activity:*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- **Data di iscrizione all'albo**

*Date registered on professional register*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- **Iscritto all'Albo di**

*Registration number and place*

**Nr** \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEC:**

*Certified Email address:* \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

#### 2. **L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?**

*Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Professional Indemnity insurance?*

**Si / Yes**

**No**

**Se sì, indicare il nome dell'Assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza**

*If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry*

**Nome Assicuratore**

Name of Insurer: \_\_\_\_\_

**Massimale**

Limit of Indemnity: € \_\_\_\_\_

**Franchigie o Scoperti**

Excess or deductible: € \_\_\_\_\_

**Premio Lordo**

Gross Premium: € \_\_\_\_\_

**Scadenza contratto**

Expiry of contract: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Retroattività**

Retroactive period: \_\_\_\_\_

**3. Attività assicurata:**

Activity:

**Medico Abilitato non Specializzato < 38 anni / Specializzando in una delle attività sotto riportate:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica    | <input type="checkbox"/> Genetica Medica                                 | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile             |
| <input type="checkbox"/> Anatomia patologica                    | <input type="checkbox"/> Geriatria                                       | <input type="checkbox"/> Oftalmologia                           |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione               | <input type="checkbox"/> Ginecologia ed Ostetricia                       | <input type="checkbox"/> Oncologia                              |
| <input type="checkbox"/> Andrologia                             | <input type="checkbox"/> Igiene e medicina preventiva                    | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia              |
| <input type="checkbox"/> Angiologia                             | <input type="checkbox"/> Immunologia                                     | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria                   |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e foniatria                 | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia | <input type="checkbox"/> Patologia clinica                      |
| <input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica           | <input type="checkbox"/> Malattie infettive                              | <input type="checkbox"/> Pediatria                              |
| <input type="checkbox"/> Biologia                               | <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro                             | <input type="checkbox"/> Psichiatria/Clinica Psichiatrica       |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                        | <input type="checkbox"/> Medicina dello sport                            | <input type="checkbox"/> Psicologia clinica/Psicoterapia        |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                            | <input type="checkbox"/> Medicina di comunità                            | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia apparato digerente           | <input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza                              | <input type="checkbox"/> Radioterapia                           |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza                    | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria      | <input type="checkbox"/> Reumatologia                           |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia generale                     | <input type="checkbox"/> Medicina generale                               | <input type="checkbox"/> Scienza della alimentazione/Dietologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo facciale             | <input type="checkbox"/> Medicina interna                                | <input type="checkbox"/> Tossicologia medica                    |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica                   | <input type="checkbox"/> Medicina legale                                 | <input type="checkbox"/> Urologia                               |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva     | <input type="checkbox"/> Medicina nucleare                               |   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia toracica                     | <input type="checkbox"/> Medicina tropicale                              |   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare                    | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                       |   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia            | <input type="checkbox"/> Nefrologia                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Ematologia                             | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia                     | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                             |   |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia e malattie del ricambio | <input type="checkbox"/> Neurologia                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Epatologia                             | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia                           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                      |  |   |

**4. Massimale / Limits of indemnity:** € 1.000.000 € 2.000.000**5. Retroattività / Retroactivity:**

\_\_\_\_\_

**6. Consenso Informato** Sì / Yes No**7. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato negli ultimi 5 anni?**

Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured in the last 5 years?

 Sì / Yes No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del CIS (Claims Information form)  
If yes, please provide all necessary details through the completion of a CIS (Claims Information form)

**8. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento?**

Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation?

 Sì / Yes No

Se sì, fornire dettagli / *If yes, please provide details*

**N.B. Le circostanze passate, dichiarate o non dichiarate, non sono da considerarsi coperte dalla presente polizza assicurativa**

**9. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?**

*Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?*

Si / Yes

No

Se sì, fornire dettagli / *if yes please provide details*

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- 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 RC Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

**DECLARATION**

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- a) of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- b) that the information provided in this module are true and complete
- c) that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to Professional Indemnity cover.
- d) of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

**Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 41 del 2018 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, glossario, condizioni generali di assicurazione.**

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information Set created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 41 2010 and composed of: DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date \_\_\_\_\_

Firma /Signature \_\_\_\_\_

**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.**

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date \_\_\_\_\_

Firma/Signature \_\_\_\_\_

**Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).**

*This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration*