

MODULO DI PROPOSTA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE INFERMIERI, INFERMIERI PEDIATRICI ED ASSISTENTI SANITARI DIPENDENTI DI AZIENDE SANITARIE E/O LIBERI PROFESSIONISTI

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 091 6255156 Per informazioni tel. 091 625 51 56

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale		€ 25,00
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza di Tutela Legale		
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la polizza 3Virus		€ 25,00
<input type="checkbox"/> Rinuncio alla polizza 3Virus		
Effetto*	Scadenza	
<small>*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</small>		
<input type="checkbox"/> Massimale € 2.000.000,00		Importo RC € 38,00
<input type="checkbox"/> Massimale € 5.000.000,00		Importo RC € 60,00
Importo totale		

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____

(Firma)



Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO ITDMM16A2037761200000	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	

Barrare la casella dell' Attività Professionale:

<input type="checkbox"/> 01 INFERMIERE/INFERMIERE PEDIATRICO/ VIGILATRICE D'INFANZIA/COORDINATORE INFERMIERISTICO	<input type="checkbox"/> 02 TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE CON ESCLUSIONE DELLE OSTETRICHE	<input type="checkbox"/> 03 OSS – OSSS – OTA – ASA	<input type="checkbox"/> 04 OSTETRICHE
LIBERO PROFESSIONISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited

Il Proponente è attualmente assicurato per con AmTrust Europe Limited? SI NO
 In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ___ / ___ / _____

2) Massimale Richiesto / Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2 Milioni
Retroattività di 2 anni per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero;
Retroattività di 2 anni per i sinistri riferiti all'attività Libero professionale. | <input type="checkbox"/> 5 Milioni
Retroattività di 10 anni per i sinistri riferiti all'attività di dipendente Ospedaliero;
Retroattività di 5 anni per i sinistri riferiti all'attività Libero professionale. |
|--|---|

3) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

3.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

3.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

- NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 3.1 e 3.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

- 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 dieci anni (cinque anni per i liberi professionisti) antecedenti la Data di Continuità Assicurativa intendendosi per tale la meno recente tra:
 - a. la data di decorrenza della Polizza;
 - b. la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa a condizione che la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di decorrenza della Polizza.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

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. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/___ Il Proponente / Assicurato _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 3.1 e 3.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 3.1. e 3.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____ (In lettere) _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato SI NO
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 3.1. e 3.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Sanitari non medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso un procedimento civile ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma _____

Modulo di Proposta per Polizza 3 Virus

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 091 6255156 Per informazioni tel. 091 625 51 56

Assicurato			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Libero Professionista	
Partita Iva			
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
Ordine / Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione	
Attività			
Azienda			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	
MASSIMALE			€ 100.000,00
IMPORTO TOTALE			€ 25,00
Effetto*		Scadenza	
<small>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</small>			

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ | _____

(Firma)



Modulo di Proposta per Legal Protection Nurse & Care
 MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 091 6255156 Per informazioni tel. 091 625 51 56

Assicurato			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Libero Professionista	
Partita Iva			
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
Collegio/Ordine	Iscrizione Nr.	Associazione	
Attività			
Azienda			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	
MASSIMALE			€ 30.000,00
IMPORTO TOTALE			
Effetto*		Scadenza	
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			

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ | _____

(Firma)

