MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.
Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre **compilare, datare e firmare** la presente proposta solo dopo un'attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche e/o Private

Quale tipo di copertura assicurativa intende acquistare?

- Colpa Grave per personale Medico-Sanitario in forza ☐
- Colpa Grave per personale Medico-Sanitario non più in attività
  (la copertura si riferisce ad eventi posti in essere fino alla data di cessazione dell'attività ☐

1) Nome e Cognome del Proponente_____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente_____

Indirizzo del Proponente:

Via_____

Città_____ Cap_____Provincia_____

Data di Nascita ___/___/_____

Nazione di nascita_____

Comune di nascita_____Prov_____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

2) Massimale richiesto

1.000.000,00 € ☐

2.500.000,00 € ☐

5.000.000,00 € ☐

3) A quale ambito appartiene la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria presso la quale svolge l'Attività Professionale?

Pubblico ☐

Privato ☐

Pubblico e Privato ☐

4) A quale categoria appartiene?

Dirigente Medico, Assistente Medico, Medici in rapporto di libera professione ☐

Direttore Medico di struttura semplice o complessa, Medico Primario/Aiuto Primario, Responsabile di Unità Operativa ☐

Medico contrattista, Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale ☐

Dirigente Sanitario non Medico, Specializzando, Personale Universitario Convenzionato ☐

5) Retroattività

10 anni ☐

Illimitata ☐

Come in corso, se continuativamente assicurato ☐

6) Hai una polizza in scadenza che copre lo stesso rischio che stai assicurando con la presente polizza?

Si ☐

No ☐

Se SI indicare:

data di scadenza polizza in corso ___/___/_____

La retroattività della polizza attualmente operante è illimitata?
Si ☐

No ☐

Se NO indicare la data di retroattività della polizza attualmente operante: ___/___/_____

7) In quali Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie viene svolta l'Attività Professionale?

(indicare nominativi della/delle struttura/e – Nazione e Provincia)

_____

_____

_____

_____

8) **Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?**

Si ☐ No ☐

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

_____

_____

9) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

_____

10) 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?

Si ☐ No ☐

se si, fornire dettagli

_____

_____

Allegato No.2

FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

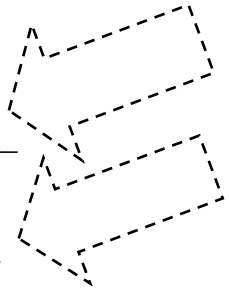
_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del SET INFORMATIVO precontrattuale aggiuntivo

Data

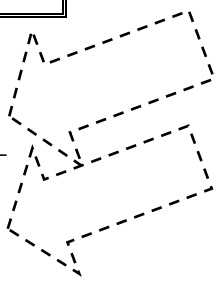
_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____



IMPORTANTE

CREA ASSICURAZIONI SPA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

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).