

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICI E DEGLI ESERCENTI LE**  
**PROFESSIONI SANITARIE**

**DATI DEL PROPONENTE:**

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO	COMUNE	PROVINCIA	CAP
QUALIFICA/E AI SENSI DI POLIZZA:			
INDIRIZZO MAIL:			
Svolge attività di continuità assistenziale o presso strutture di pronto soccorso?			Sì No
<b>(Solo se sì al precedente quesito)</b> Tale attività rappresenta più del 20% del totale delle sue ore lavorative			Sì No
<b>(Solo medici specializzati/specializzandi in medicina dello sport e fisioterapisti)</b> conferma di non annoverare tra i propri clienti atleti che siano sotto contratto con squadre di calcio che militano nella serie A italiana?			Sì No

ESTENSIONI DI POLIZZA		
Colpa Grave (art.15)	Sì	No
Emergenza Sanitaria (art.16)	Sì	No
Medico Legale (art. 17)	Sì	No
Infiltrazioni articolari	Sì	No
<b>Rinuncia</b> alla Tutela legale penale (art.33)	Sì	No

MASSIMALE	
€ 3.000.000	
€ 2.000.000	
€ 1.500.000	
€ 1.000.000	

RETROATTIVITA'	
2 anni	
5 anni	
10 anni	

**IL SOTTOSCRITTO ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

con decorrenza dal    /    /    al    /    /

**IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:**

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con Lloyd's Insurance Company S.A. di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 4 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C) ha compreso le esclusioni di polizza di cui agli articoli 20, 21, 22
- D) **non è a conoscenza di qualsiasi elemento o fatto che possa causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo che gli sia stato comunicato formalmente con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.**

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- C) Esclusioni di polizza
- D) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto e letto l'informativa privacy allegata al presente documento, di averne compreso il contenuto e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità inerenti la gestione del mio contratto assicurativo

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto la documentazione pre-contrattuale costituita da:

- A) Documento Informativo Precontrattuale e DIP Aggiuntivo
- B) Condizioni di Assicurazione;
- C) Questionario e modulo di proposta.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_