

PROPOSTA DI CONTRATTO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

AVVISO IMPORTANTE

(1) LA PRESENTE PROPOSTA DEVE ESSERE COMPILATA DAL PROPONENTE STESSO. È NECESSARIO RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PER OTTENERE UNA QUOTAZIONE. SI RICHIEDE DI RISPONDERE CON PIENA CONOSCENZA E CONVINZIONE. IL MODULO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO E DATATO. (2) ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 1892 E 1893 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE. (3) LA PRESENTE PROPOSTA È RELATIVA AD UNA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ NELLA FORMA "CLAIMS MADE". CIÒ SIGNIFICA CHE LA POLIZZA COPRE I RECLAMI AVANZATI PER LA PRIMA VOLTA NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E GLI EVENTI DEI QUALI L'ASSICURATO VENGA A CONOSCENZA DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA E CHE POTREBBERO ORIGINARE UN RECLAMO FUTURO, A CONDIZIONE CHE GLI ASSICURATORI SIANO INFORMATI, DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA, DELLE CIRCOSTANZE RELATIVE A TALI EVENTI. DOPO LA SCADENZA DELLA POLIZZA, NESSUN RECLAMO POTRÀ ESSERE AVANZATO A TERMINI DELLA POLIZZA STESSA, ANCHE SE L'EVENTO CHE HA ORIGINATO LA RICHIESTA DANNI SI SIA VERIFICATO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA. (4) IL PROPONENTE PRENDE ATTO CHE NEL CASO DI CORRESPONSABILITÀ DI PIÙ ASSICURATI DEGLI STESSI ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NELLA DETERMINAZIONE DI UN MEDESIMO SINISTRO, GLI ASSICURATORI PER TALE SINISTRO SONO OBBLIGATI FINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE DEFINITO NELLA SCHEDA DI COPERTURA COMPLESSIVAMENTE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO. NELL'EVENTUALITÀ CHE IL RISARCIMENTO COMPLESSIVAMENTE INDENNIZZABILE DAGLI ASSICURATORI AI TERMINI DEL CERTIFICATO ECCEDA L'IMPORTO INDICATO, LE INDENNITÀ SPETTANTI A CIASCUNO DEGLI ASSICURATI SI INTENDERANNO PROPORZIONALMENTE RIDOTTE IN MISURA UGUALE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO. (5) LA VALIDITÀ TEMPORALE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON POTRÀ ESSERE SUPERIORE A 30 GIORNI DALLA DATA DI COMPILAZIONE E FIRMA DELLO STESSO. (6) IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE. GLI UNICI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO AGLI ASSICURATORI SONO I SEGUENTI: BONIFICI BANCARI/ASSEGNI CIRCOLARI E CONTANTI FINO AD UN MASSIMO DI EURO 750,00 (SETTECENTOCINQUANTA EURO) A FAVORE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI AUTORIZZATI ESPRESSAMENTE IN TALE QUALITÀ. AVVERTENZA! NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI SCONTI DI PREMIO DA PARTE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI EVENTUALMENTE INCARICATI. PER GLI ASPETTI DI DETTAGLIO SI RINVIA ALLA SCHEDA DI COPERTURA, ALLA DEFINIZIONE DI "PREMIO", ALL'ART. 3 ("PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO") DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Il proponente dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Avviso Importante 

DATI DEL PROPONENTE			
Nome		Cognome	
Codice Fiscale			
Residenza		Città	
CAP		Provincia	
Data di effetto		Durata 12 mesi	
Retribuzione Annuale Lorda	EUR		

MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO E PERIODO (il massimale per Corresponsabilità è pari a Euro 10.000.000,00)	
3 VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUALE LORDA SOPRA DICHIARATA (FINO AD UN MASSIMO DI EURO 1.000.000,00)	
Euro 1.000.000,00	
Euro 2.500.000,00	
Euro 5.000.000,00	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) ATTIVA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI ☐ – NO ☐		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) CESSATA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI ☐ – NO ☐		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI ☐ – NO ☐		
PERIODO DI RETROATTIVITÀ		
10 anni dalla data di effetto		SI ☐ – NO ☐
Illimitato		SI ☐ – NO ☐

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI		
Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altri Contratti di Assicurazione di questo tipo?	SI ☐	NO ☐
<i>In caso di <u>risposta affermativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il Proponente dichiara che non gli sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	SI ☐	NO ☐
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il Proponente dichiara che non ha mai riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che potrebbero ragionevolmente dare luogo, o che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altra Azienda, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.	SI ☐	NO ☐
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il Proponente dichiara di non essere a conoscenza di eventi dannosi che abbiano portato o potrebbero portare a Richiesta di Risarcimento alla data di firma della presente Proposta di Contratto	SI ☐	NO ☐
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		

COPERTURA AGGIUNTIVA INFORTUNI		
Opz.1)	Copertura contro gli infortuni derivanti dall'attività professionale (incluso il rischio in itinere). Indennizzo della Somma Assicurata al 100% (EUR 150.000,00) in caso di invalidità permanente accertata pari o superiore al 50%	PREMIO LORDO EUR 36,00 Da Includere ☐ SI
Opz.2)	Indennizzo della Somma Assicurata al 100% (EUR 50.000,00) in caso di contagio da HIV, Epatite B o C in caso di trasfusione sanguigna o nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza ed a seguito di aggressione fisica	PREMIO LORDO EUR 44,00 Da Includere ☐ SI

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio INFORTUNI. The following questions will allow us to fully evaluate the extent of your coverage PA.

- Soffrite di difetto alla vista o all'udito? / Do you suffer from defective hearing or vision? ☐ SI/Yes ☐ No/No
- Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro? Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future? ☐ SI/Yes ☐ No/No
- Avete avuto infortuni che Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni? What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 7 days during the past 5 years? ☐ SI/Yes ☐ No/No
- Siete attualmente assicurato per infortuni? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali. Are you insured against accident? If yes, please state with whom and for what sum insured. ☐ SI/Yes ☐ No/No
COMPAGNIA / Insurer: MASSIMALE / Limit:
- Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni? In caso positivo fornire dettagli / Have you ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled? If yes, please give details. ☐ SI/Yes ☐ No/No
.....
- Non siete affetti da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S, sieropositività per H.I.V., sindrome organica cerebrale, schizofrenia, qualunque forma maniaco-depressiva o stati paranoici ☐ SI/Yes ☐ No/No

SE AVETE INDICATO SÌ AD UNA DELLE DOMANDE DALLA 1 ALLA 6 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;
IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 1 TO 6 PLEASE GIVE FULL DETAILS;

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1 Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio
- Art. 3 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
- Art. 5 Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio
- Art. 8 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri
- Art. 11 Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali
- Art. 16 Clausola di Responsabilità disgiunta
- Art. 20 Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione (Claims Made)
- Art. 22 Esclusioni
- Art. 26 Territorialità e giurisdizione

Eventuali Estensioni di Assicurazione e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella Scheda di Copertura.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto 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 la presente Proposta di Contratto ed ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale Contratto di Assicurazione.

La firma della presente Proposta di Contratto non impegna l'Assicurato alla stipulazione del Contratto di Assicurazione.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del reg. IVASS n° 41 del 02/08/2018;

DATA NOME E COGNOME

FIRMA