COVERYS International

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

RESPONSABILITA' CIVILE del **MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA**

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 prima 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 si, 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

COVERYS International

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: _____
Insured Activity:

Attività assicurabili:

- [ ] ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA
- [ ] ANATOMIA PATOLOGICA
- [ ] ANDROLOGIA
- [ ] ANESTESIA - RIANIMAZIONE e TERAPIA INTENSIVA
- [ ] ANGIOLOGIA E FLEBOLOGIA
- [ ] AUDIOLOGIA E FONIATRIA
- [ ] BIOCHIMICA/CHIMICA CLINICA
- [ ] CARDIOCHIRURGIA
- [ ] CARDIOLOGIA
- [ ] CHIRURGIA ADDOMINALE
- [ ] CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE
- [ ] CHIRURGIA BARIATRICA
- [ ] CHIRURGIA DELLA MANO
- [ ] CHIRURGIA D'URGENZA
- [ ] CHIRURGIA ESTETICA PLATSTICA
- [ ] CHIRURGIA FETALE
- [ ] CHIRURGIA GENERALE
- [ ] CHIRURGIA GINECOLOGICA (ESCLUSA OSTETRICIA)
- [ ] CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
- [ ] CHIRURGIA PEDIATRICA
- [ ] CHIRURGIA PROCTOLOGICA
- [ ] CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
- [ ] CHIRURGIA TORACICA
- [ ] CHIRURGIA VASCOLARE
- [ ] DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
- [ ] DIABETOLOGIA e malattie del Ricambio
- [ ] DIAGNOSTICA ECOGRAFICA INTERNISTICA
- [ ] EMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
- [ ] ENDOCRINOCHIRURGIA
- [ ] ENDOCRINOLOGIA e malattie del Ricambio
- [ ] EPATOLOGIA
- [ ] FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
- [ ] FISIATRIA
- [ ] FISICA MEDICA
- [ ] GASTROENTEROLOGIA
- [ ] GENETICA MEDICA
- [ ] GERIATRIA
- [ ] GINECOLOGIA CON FECONDAZIONE ASSISTITA
- [ ] GINECOLOGIA E OSTETRICIA CON ASSISTENZA AL PARTO E FECONDAZIONE ASSISTITA
- [ ] GINECOLOGIA E OSTETRICIA SENZA ASSISTENZA AL PARTO e SENZA FECONDAZIONE ASSISTITA
- [ ] IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA (inclusa igiene degli alimenti)
- [ ] IMMUNOLOGIA
- [ ] MALATTIE INFETTIVE e TROPICALI
- [ ] MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE
- [ ] MEDICINA DEL LAVORO
- [ ] MEDICINA DELLO SPORT
- [ ] MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA
- [ ] MEDICINA FISICA RIABILITATIVA
- [ ] MEDICINA GENERALE /MEDICINA DI BASE/MEDICO DI FAMIGLIA
- [ ] MEDICINA INTERNA
- [ ] MEDICINA LEGALE e DELLE ASSICURAZIONI
- [ ] MEDICINA NUCLEARE
- [ ] MEDICINA TERMALE
- [ ] MEDICINA TROPICALE
- [ ] MEDICINE NON CONVENZIONALI E OSTEOPATICHE - AGOPUNURA
- [ ] MEDICO ABILITATO NON SPECIALIZZATO
- [ ] MEDICO DI COMUNITA'
- [ ] MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA
- [ ] NEFROLOGIA
- [ ] NEUROCHIRURGIA
- [ ] NEUROFISIOPATOLOGIA
- [ ] NEUROLOGIA
- [ ] NEUROPSICHIATRIA
- [ ] NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- [ ] OFTAMOLOGIA E OCULISTICA
- [ ] ONCOLOGIA E SENOLOGIA
- [ ] ORTOPEDIA ESCLUSA TRAUMATOLOGIA
- [ ] ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (ESCLUSI INTERVENTI SPINALI)
- [ ] ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (INCLUSI INTERVENTI SPINALI)
- [ ] OTORINOLARINGOIATRA
- [ ] PATOLOGIA CLINICA
- [ ] PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
- [ ] PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA E TIN
- [ ] PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA ESCLUSA TIN
- [ ] PEDIATRIA ESCLUSA NEONATOLOGIA
- [ ] PNEUMOLOGIA
- [ ] PSICHIATRIA
- [ ] PSICOLOGIA CLINICA
- [ ] RADIODIAGNOSTICA
- [ ] RADIOLOGIA
- [ ] RADIOTERAPIA
- [ ] REUMATOLOGIA
- [ ] SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA
- [ ] SOLO VOLONTARIATO
- [ ] STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA
- [ ] TERAPIE DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
- [ ] TOSSICOLOGIA MEDICA
- [ ] UROLOGIA

3.1 Qualora sia stata selezionata MEDICINA DELLO SPORT, tra i pazienti del medico si annoverano sportivi professionisti? ☐ Si ☐ No
If SPORT MEDICINE was selected, do the doctor's patients include professional athletes?

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

_____

4. Massimale / *Limits of indemnity:*

- ☐ € 1.000.000 per sinistro / € 3.000.000 per anno
- ☐ € 1.500.000 per sinistro / € 4.500.000 per anno
- ☐ € 2.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno
- ☐ € 5.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno

4.1 Franchigia / *Deductible:*

- ☐ € 0,00 (standard)
- ☐ € 1.500,00
- ☐ € 2.500,00
- ☐ € 10.000,00

4.2 Retroattività /*Retroactivity:* 10 Anni

5. **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?

☐ Si/ *Yes* ☐ No

Se si, 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)

6. **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?

☐ Si / *Yes* ☐ No

Se si, 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

7. **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 si, fornire dettagli / *if yes please provide details*

8. **Garanzie aggiuntive:**

☐ Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario
☐ Art. 2.8 – Consenso Informato
☐ Art. 2.9 – Attività/Interventi Invasivi
☐ Art. 2.10 – Attività Chirurgica
☐ Art. 2.11 – Attività Chirurgica (Solo per Colpa Grave)
☐ Art. 2.12 – Attività Estetica
☐ Art. 2.13 – Attività svolta presso CAU e Servizi di Emergenza Urgenza
☐ Art. 2.14 – Attività di Volontariato
☐ Art. 2.15 – Specializzando
☐ Art. 2.16 – Estensione temporale della copertura

9. **Nel caso si sia selezionata la garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario si prega di fornire i seguenti dati sulla Struttura dove viene ricoperta tale carica:**

Ragione Sociale: _____

Indirizzo: _____ P. Iva: _____

Attività principale praticata dalla Struttura: _____

Fatturato struttura: _____ Nr. Posti letto: _____ Nr. Prestazioni: _____

9.1 Sono svolte attività Invasive? ☐ Si / *Yes* ☐ No

9.2 Sono svolte attività chirurgiche? ☐ Si / *Yes* ☐ No

9.3 Sono presenti sx negli ultimi 5 anni? ☐ Si / *Yes* ☐ No

Se una delle risposte ai punti precedenti 9.1, 9.2 e/o 9.3 sono state positive, si prega di fornire maggiori dettagli:

COVERYS International

10. Si richiede conferma per quanto segue:

10.1 - Il Medico conferma che sarà in regola con il triennio formativo 2023/2025? ☐ Confermo ☐ Non confermo

10.2 - Accettazione Art. 3.3 - Azione diretta / Eccezioni opponibili al terzo danneggiato ☐ Confermo ☐ Non confermo

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 2010and 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