COVERYS International

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

COLPA GRAVE DEL PERSONALE ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

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.

ANAGRAFICA CONTRAENTE/ASSICURATO

Contraente/Assicurato
Policyholder/Insured _____

Codice Fiscale
Fiscal Code _____

Indirizzo mail/PEC
Email address _____

Indirizzo *Address* _____

Città *City* _____ **CAP** *Post code* _____ **Provincia** *Province* _____

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

Indicare l'attuale Inquadramento professionale*: *Indicate current job classification*:*

PERSONALE MEDICO

☐ A) Direttore sanitario
Medical Director

☐ B) Direttore di struttura semplice o complessa/Primario/Responsabile di unità operativa
Director of simple or complex structure /Head of operational unit

☐ C) Dirigente Medico e Veterinario/Medico Contrattista/Convenzionato
Doctor and Veterinary/Contracting Doctor

☐ D) Specializzando/Medici specialisti in formazione
Trainee

PERSONALE NON MEDICO

☐ E) Dirigente sanitario non medico/Dirigente infermieristico
Non-Medical Healthcare Manager/Nursing Manager

☐ F) Autista soccorritore
Emergency driver

☐ G) Personale sanitario non medico e non dirigente/Professioni di interesse sanitario
Non-medical and non-managerial healthcare personnel/Professions of healthcare interest

*Si precisa che gli inquadramenti sono elencati in ordine decrescente di rischiosità, pertanto l'inquadramento a maggior rischio copre le attività svolte, anche precedentemente, con un inquadramento di minor rischio. Es. Se selezionato C, si intende inclusa anche l'attività svolta come D.

**Please note that the classifications are listed in descending order of riskiness, so the highest classification covers activities performed, even previously, under a lower classification. Ex. If C is selected, the activity performed as D is also understood to be included.*

COVERYS International

DETTAGLI DELLA COPERTURA

Massimale per sinistro e per anno *Limits of indemnity per claim and per year*

☐ € 1.000.000 ☐ € 2.500.000 ☐ € 5.000.000

Retroattività *Retroactivity*

☐ 10 anni *10 Years* ☐ Illimitata *Unlimited*

Selezionare le garanzie aggiuntive che si intende acquistare: *Please select the additional conditions you want to purchase:*

☐ Art 2.8 Attività di CTU
Art 2.8. Activity as a court-appointed technical consultant

☐ Art. 2.9 Condanna in solido con la Struttura
Art. 2.9 Joint liability

☐ Art 2.10 Consenso informato
Art 2.10 Informed Consent

☐ Art 2.11 Estensione temporale della copertura
Art 2.11 Time extension of Coverage

PRECEDENTI ASSICURATIVI

L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la colpa grave?
Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Gross Negligence Insurance?

☐ SI *Yes* ☐ NO *No*

Se sì, 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

Nome Assicuratore
Name of Insurer _____

Massimale
Limit of Indemnity € _____

Scadenza contratto
Expiry of contract _____/_____/_____

Premio Lordo
Gross Premium € _____

Retroattività
Retroactive period _____

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 *No*

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli: *If yes, please provide details*

_____

SINISTRI/CIRCOSTANZE

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 *No*

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 *No*

In caso di risposta affermativa ad una delle due precedenti domande, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del **CIS**
If you answered yes to one of the two questions, please provide all necessary details through the completion of a CIS)

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) 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) 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 2018 and 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 Declaratio