

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?			SI NO
(Solo se SI al precedente quesito) Tale attività rappresenta più del 20% del totale delle sue ore lavorative?			SI NO
L'aderente detiene o intende stipulare contratti o accordi di collaborazione con sportivi professionisti, squadre ed associazioni sportive, confermando di non annoverare tra i propri clienti atleti che siano sotto contratto con squadre di calcio che militano nella serie A italiana?			SI NO
L'aderente svolge, o ha mai svolto in passato, interventi invasivi ai sensi di polizza? Se SI , voglia fornire i dettagli.			SI NO
(Se l'Assicurato ha PERSONALE DIPENDENTE): il numero di dipendenti è superiore a 2?			SI NO
L'aderente dichiara di esser consapevole che la copertura RCT dei medici è sempre personale e che in essa non possono rientrarvi anche altri medici?			SI NO

MASSIMALI

L'aderente dichiara di essere consapevole che, ai sensi del Decreto n. 232/2024 attuativo dell'art. 10, comma 6, della Legge n. 24/2017 ("Legge Gelli-Bianco"), i medici ed esercenti le professioni sanitarie NON CHIRURGICHE devono acquistare un massimale MINIMO di 1 milione per ogni sinistro con massimale in aggregato di 3 milioni?	SI	NO
L'aderente dichiara di essere consapevole che, ai sensi del Decreto n. 232/2024 attuativo dell'art. 10, comma 6, della Legge n. 24/2017 ("Legge Gelli-Bianco"), i medici ed esercenti le professioni sanitarie CHIRURGICHE devono acquistare un massimale MINIMO di 2 milioni per ogni sinistro con massimale in aggregato di 6 milioni?	SI	NO
Voglia l'aderente indicare l'opzione prescelta		
Massimale € 3.000.000,00 per sinistro ed in aggregato	SI	NO
Massimale € 2.000.000,00 per sinistro e Massimale in aggregato € 6.000.000,00	SI	NO
Massimale € 1.500.000,00 per sinistro e Massimale in aggregato € 4.500.000,00	SI	NO
Massimale € 1.000.000,00 per sinistro e Massimale in aggregato € 3.000.000,00	SI	NO



Data _____

⇒ FIRMA _____

ESTENSIONI DI POLIZZA

Voglia l'aderente indicare le estensioni desiderate		
Colpa Grave (Art. 15)	SI	NO
Emergenza Sanitaria (Art. 16)	SI	NO
Medico Legale (Art. 17)	SI	NO
Infiltrazioni articolari	SI	NO
Rinuncia alla Tutela legale penale (Art. 33)	SI	NO

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. 5 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 _____



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

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** _____