

(d) **FRANCHIGIA:**

EUR 0 EUR 5,000 EUR 25,000
EUR 1,500 EUR 10,000 EUR _____
EUR 2,500 EUR 20,000

04. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attivita':

Area Medica	Area Chirurgica	Area Servizi Clinici
Allergologia ed Immunologia Clinica <input type="checkbox"/>	Andrologia <input type="checkbox"/>	Anatomia patologica <input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia <input type="checkbox"/>	Angiologia <input type="checkbox"/>	Anestesia e rianimazione <input type="checkbox"/>
Ematologia <input type="checkbox"/>	Cardiochirurgia <input type="checkbox"/>	Audiologia e foniatría <input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio <input type="checkbox"/>	Cardiologia <input type="checkbox"/>	Biochimica e chimica clinica <input type="checkbox"/>
Epatologia <input type="checkbox"/>	Chirurgia apparato digerente <input type="checkbox"/>	Farmacologia <input type="checkbox"/>
Gastroenterologia <input type="checkbox"/>	Chirurgia d'urgenza <input type="checkbox"/>	Genetica Medica <input type="checkbox"/>
Geriatría <input type="checkbox"/>	Chirurgia generale <input type="checkbox"/>	Igiene e medicina preventiva <input type="checkbox"/>
Immunologia <input type="checkbox"/>	Chirurgia maxillo facciale <input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro <input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia <input type="checkbox"/>	Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria <input type="checkbox"/>
Medicina di base <input type="checkbox"/>	Chirurgia plastica e ricostruttiva <input type="checkbox"/>	Medicina legale <input type="checkbox"/>
Medico d'urgenza <input type="checkbox"/>	Chirurgia toracica <input type="checkbox"/>	Medicina nucleare <input type="checkbox"/>
Medicina di comunita' <input type="checkbox"/>	Chirurgia vascolare <input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia <input type="checkbox"/>
Medicina generale <input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia <input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia con implantologia <input type="checkbox"/>
Malattie infettive <input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto <input type="checkbox"/>	Ortognatodonzia senza implantologia <input type="checkbox"/>
Medicina interna <input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto <input type="checkbox"/>	Patologia clinica <input type="checkbox"/>
Medicina dello sport <input type="checkbox"/>	Neurochirurgia <input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica <input type="checkbox"/>
Medicina tropicale <input type="checkbox"/>	Oftalmologia <input type="checkbox"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Nefrologia <input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia <input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia <input type="checkbox"/>
Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/>	Tossicologia medica <input type="checkbox"/>
Neurologia <input type="checkbox"/>	Urologia <input type="checkbox"/>	
Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/>		
Oncologia <input type="checkbox"/>		
Pediatria esclusi paz. primi 60 g <input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzando <input type="checkbox"/>	
Pediatria inclusi paz. primi 60 g <input type="checkbox"/>		
Psichiatria/Clinica Psichiatrica <input type="checkbox"/>		Area non Medica
Psicologia clinica <input type="checkbox"/>		
Reumatologia <input type="checkbox"/>		Biologia <input type="checkbox"/>
Medico Specializzando <input type="checkbox"/>	(indicare la specializzazione)	

05. Attività di prestazioni per conto del S.S.N (Servizio Sanitario Nazionale)
ESCLUSIONE ATTIVITA' IN LIBERA PRESTAZIONE - EXTRAMURARIA

Indicare se il proponente richiede/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza dell'attività in Libera Prestazione/Extramuraria e pertanto richiede copertura limitatamente all'attività svolta come dipendente del SSN o in regime intramuraria come definito nel Testo di Polizza **Si** **No**

Precisare di seguito l'Ente del SSN per conto del quale viene svolta l'attività Professionale

a) Nome e indirizzo dell'Azienda Ospedaliera di appartenenza

b) Indicare se il Proponente e' Dirigente di II Livello

Si/ Yes

No/ No

06. SINISTROSITA' PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilita' civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?
Si/ Yes No/ No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilita' civile, penale o deontologica del proponente?
Si/ Yes No/ No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE - IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilita' accertati, presunti o presumibili;

07. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara

a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;

b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione

c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa

d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):

Qualifica:

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano 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.

Firma:

Data:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, Il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*claims made*» così come sopra specificato.

2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile.

Firma:

Data:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: _____

Data: _____ Firma: _____