

A. Avviso importante

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.).
- II. Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.
- III. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale Medici Chirurghi e Odontoiatri deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività ovvero del periodo temporale pari a 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del Periodo di Assicurazione.
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà essere a lei denunciato.

B. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° ISCRIZIONE	INDIRIZZO EMAIL	

• NEI PARAGRAFI CHE SEGUONO BARRARE CON **X** LA CASELLA INTERESSATA**C. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato**

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale

 NON È MAI STATO ASSICURATO **È GIÀ STATO ASSICURATO E** **NON È MAI STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO** **È STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO** **NON È MAI STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA** **È STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA****D. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni (2 anni + 3 anni)

 NO NEGLI ULTIMI 2 ANNI **SI NEGLI ULTIMI 2 ANNI** **NO NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI** **SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI
MA CON 3 O MENO DI 3 RICHIESTE/AZIONI** **SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI
MA CON PIÙ DI 3 RICHIESTE/AZIONI**

Indicare se il Proponente/Assicurato è a conoscenza di fatti, azioni o omissioni dai quali possono derivare richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità (in aggiunta a quanto sopra indicato)

 NO **SI****NB:** IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI

E. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica/chirurgica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione conseguita e con particolare attenzione alla pratica o meno di interventi chirurgici e/o accertamenti diagnostici invasivi)

I°	A <input type="checkbox"/>	GINECOLOGIA - OSTETRICIA	B <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
	C <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	D <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA - MEDICINA ESTETICA
	E <input type="checkbox"/>	MEDICINA D'URGENZA/EMERGENZA	F <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CON INTERVENTI CHIRURGICI
II°	A <input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA	B <input type="checkbox"/>	NEUROCHIRURGIA
	C <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA TORACICA	D <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA VASCOLARE
III°	A <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON INTERVENTI CHIRURGICI	B <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI
	A <input type="checkbox"/>	ANESTESIA E/O RIANIMAZIONE	B <input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA
IV°	C <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA IN GENERE	D <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
	V°	A <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA IN GENERE	B <input type="checkbox"/>
C <input type="checkbox"/>		MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI - MEDICINA DEL LAVORO		
D <input type="checkbox"/>		ALTRE SPECIALIZZAZIONI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI		

NB: PER **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI** SI INTENDONO QUALSIASI ATTO MEDICO CHE COMPORTE IL PRELIEVO DI TESSUTI PER INDAGINI ISTOLOGICHE NONCHÉ QUALSIASI ALTRO ATTO MEDICO CHE, AI SOLI FINI DIAGNOSTICI, COMPORTE LA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO.

PER **INTERVENTI CHIRURGICI** SI INTENDONO QUALSIASI ATTO MEDICO EFFETTUATO AI FINI TERAPEUTICI CHE COMPORTE L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO.

Indicare: **a)** l'eventuale decorrenza di polizza: _____ **b)** il massimale da assicurare: _____

F. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03; per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, via A. Albricci 9, 20122 Milano.
 - il titolare del sopra descritto trattamento è la Società AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia

Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: _____ data: _____

Firma del Proponente/Assicurato _____