

MODULO DI ADESIONE
POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITÀ del dipendente per COLPA GRAVE

Importante: Il presente modulo d'adesione è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo. UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Sezione A: PREGO SELEZIONARE LA SPECIALIZZAZIONE/PROFESSIONALITÀ E IL LIMITE DI INDENNIZZO APPONENDO CROCETTA NEL BOX RICHIESTO

Categorie di rischio		Premio Lordo Annuo		
Categoria - Settore Pubblica		Limite € 1.000.000	Limite € 2.000.000	Limite € 5.000.000
A	Dirigente Medico e Veterinario	€ 347	€ 394	€ 462
B	Medici convenzionati e contrattisti	€ 294	€ 331	€ 389
C	Dirigente Sanitario non medico	€ 205	€ 226	€ 268
D	Medici specialisti in formazione	€ 226	€ 258	€ 300
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	€ 158	€ 179	€ 210
F	Componenti Comitato Etico	€ 147	€ 163	€ 195
G	Dirigenti professionale, Tecnico e Amministrativo	€ 147	€ 163	€ 195
H	Quadri sanitari / altro personale sanitaria	€ 58	€ 63	€ 74
I	Restante personale non sanitaria	€ 42	€ 48	€ 53
L	Dirigenti Infermieristici	€ 69	€ 79	€ 95

Categoria - Settore Privato		Limite € 1.000.000	Limite € 2.000.000	Limite € 5.000.000
A	Dirigente Medico e Veterinario	€ 562	€ 630	€ 746
B	Medici convenzionati e contrattisti	€ 562	€ 630	€ 746
C	Dirigente Sanitario non medico	€ 651	€ 735	€ 872
D	Medici specialisti in formazione	€ 326	€ 365	€ 431
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	€ 651	€ 735	€ 872
F	Componenti Comitato Etico	€ 195	€ 220	€ 263
G	Dirigenti professionale, Tecnico e Amministrativo	€ 651	€ 735	€ 872
H	Quadri sanitari / altro personale sanitaria	€ 69	€ 80	€ 90
I	Restante personale non sanitaria	€ 58	€ 65	€ 74
L	Dirigenti Infermieristici	€ 105	€ 120	€ 137

ATTENZIONE: I PREMI SOPRA RIPORTATI SONO VALIDI IN ASSENZA DI CIRCOSTANZE NOTE/SINISTRI E SONO SOGGETTI A RICONFERMA e prevedono Retroattività: 10 anni - franchigia € 0,00

Sezione B: DATI PROPONENTE

Cognome e Nome: _____
 Codice fiscale / P. IVA: _____
 Data di nascita / Luogo di nascita: _____
 Data di iscrizione all'Albo/Abilitazione: _____
 Indirizzo: Via/Piazza/Corso: _____
 C.A.P./Località/Provincia: _____
 Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata: _____
 N. Telefonico N. cellulare: _____

Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

- 1) **Attività svolta/Specializzazione:** _____
- 2) **Struttura Sanitaria** presso la quale svolge la propria attività (Nome e indirizzo) e **data di inizio incarico:** _____
- Si tratta di **RSA**? (l'assumibilità del rischio è soggetta a verifiche) Sì No
- 3) **Attività cessate, data di cessazione e Struttura Sanitaria** (Nome ed indirizzo): _____
- 4) a) Il contraente/assicurato è soggetto per Legge a far firmare al paziente il consenso informato? Sì No
 a1) In caso affermativo fa firmare al paziente il consenso informato? Sì No

5) Da compilare solo in caso di colpa grave del settore privato

- a) Ha mai lavorato come libero professionista e/ o come convenzionato presso cliniche private nel periodo precedente ad Aprile 2017? Sì No
- Se la risposta è affermativa il prodotto non è adeguato, è necessario compilare il questionario PI medici liberi professionisti.
 - Se la risposta è negativa rispondere anche alla seguente domanda:
- b) Svolge o ha mai svolto l'attività prima del 2017 intrattenendo un rapporto contrattuale diretto con i suoi pazienti? Sì No
- Se la risposta è affermativa il prodotto non è adeguato, è necessario compilare il questionario PI medici liberi professionisti.

Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 3)	
1) Il contraente/assicurato è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Colpa grave)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato ha mai avuto sinistri negli ultimi 5 anni (Colpa grave)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) Il contraente/assicurato è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) Il contraente/assicurato è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI	
1) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Colpa grave? Se Sì fornire dettagli _____	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la Colpa grave ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo di adesione che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addiventano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo di adesione verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il modulo di adesione sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente modulo di adesione è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

DICHIARAZIONE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
- Di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO 1**SCHEDA SINISTROSITÀ PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui alla Sezione D (1-2-3-4) della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alla Sezione D:

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente alla Sezione D del modulo di adesione:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Procedimento penale
- Procedimento amministrativo
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:

- Data Ricezione Della Notifica _____
- Età del paziente: _____ Data dell'evento: _____ Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato **Si** **No**
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza: _____

C) Stato del sinistro

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si** **No**

Se sì: Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate: Numero pagine allegate _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma