

MEDICO SCUDO PROFESSIONALE

10MFJX

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 l'Assicuratore ritenga necessario 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 e 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.

COPERTURA

Data decorrenza della copertura	15/09/2025
Data scadenza della copertura	14/09/2026

1. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?	No
---	----

2. CONDIZIONI DI POLIZZA

Indicare la franchigia richiesta (per ogni e ciascun sinistro)	€ 0,00
Data di retroattività	10 anni
Tacito Rinnovo	No

3. SPECIALIZZAZIONI

INDICARE LE SPECIALIZZAZIONI CONSEGUITE E/O ATTIVITÀ ESERCITATE DAL PROPONENTE O QUELLE PER LE QUALI STA OTTENENDO LA SPECIALIZZAZIONE (SPECIALIZZANDO).

	QUALIFICA SPECIALIZZAZIONE	SPECIALIZZAZIONE CHIRURGICA
--	-------------------------------	--------------------------------

Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa Ostetricia	Specializzato	Invasiva
---	---------------	----------

4. ESTENSIONI DI COPERTURA

Il Proponente desidera includere in copertura la garanzia “ Responsabilità solidale ”? (sempre inclusa ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24)	Si
Il Proponente si avvale di prestatori d'opera per cui vige l'obbligo di contratti assicurativi per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera come da art. 4 c. 4 del Decreto n. 232/2023?	No
Il Proponente dichiara che l'attività libero professionale oggetto della presente copertura è svolta esclusivamente in nome e per conto di una Struttura sanitaria Pubblica e/o Privata, in assenza di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente come da art. 7 comma 3 della Legge n. 24/2017?	No
Il Proponente desidera includere in garanzia la possibilità di notificare qualsiasi fatto o circostanza da cui ritiene possano derivare Sinistri a termini della presente copertura assicurativa? (n.b. tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro).	No
Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i Sinistri derivanti da inadeguatezza/insufficienza del Consenso informato ?	No
Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per le Spese Legali - Procedimenti Penali come da art. 6.1 del testo di polizza?	No
Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per l'attività svolta in qualità di Dirigente Medico di II Livello e/o Direttore Sanitario di struttura privata?	No
Indicare il numero di rate con cui si intende pagare il certificato (semestralizzazione possibile unicamente per premi uguali o superiori ai 2500€)	1

5. SINISTROSITÀ PREGRESSA

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni oppure vi sono sinistri aperti / in corso / chiusi (liquidati o senza seguito) negli ultimi 5 anni (anche se aperti oltre tali termini) ?	No
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?	No

6. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

Nome	
Cognome	
Città	
Provincia	
CAP	
Indirizzo	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Telefono cellulare +39	
Indirizzo Email	
Anno d'iscrizione all'Albo	0

MOTIVI REFERRAL

Specializzazione non consentita "Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa Ostetricia"

CONDIZIONI SPECIALI

Le parti concordano che l'esclusione relativa all'articolo "10.3.D Fecondazione Assistita è da considerarsi NON OPERANTE"

Garanzia "Spese Legali - Procedimenti Penali" - art. 6.1 NON OPERANTE.

Garanzia Deeming clause - art 18.1 NON OPERANTE.

Garanzia "Responsabilità solidale" - OPERANTE come da art. 11 (garanzia obbligatoria ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24).

Garanzia "Attività Invasiva Lieve" - Esclusione art. 10.3.A NON OPERANTE (Garanzia disponibile per le specializzazioni conseguite e/o attività esercitate NON INVASIVE/CHIRURGICHE).

Le parti concordano che l'esclusione relativa all'articolo "10.3.F Ostetricia Ambulatoriale è da considerarsi NON OPERANTE"

Le parti concordano che l'esclusione relativa all'articolo "10.3.B Attività Invasiva" è da considerarsi NON OPERANTE"

CLAUSOLE VESSATORIE

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- 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) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
 - d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
 - e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;
 - f) che, se tra la data della compilazione del presente questionario e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o dare conferma di copertura.
- Idi aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato
- Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)
- Art. 10 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione Claims Made - 10.1)
- Art. 10 - Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI (10.3)
- Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
- Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
- Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
- Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro
- Art. 23 - Clausola Broker/Agente
- Art. 24 - Clausola Bonus Malus

Idi aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

DATA:

15/09/2025

FIRMA:

PREMIO PRINCIPALE: MEDICO SCUDO PROFESSIONALE

Massimale	€ 2.000.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
Massimale in aggregato	€ 6.000.000	€ 6.000.000	€ 6.000.000
Premio lordo	€ 8.617,56	€ 8.988,86	€ 9.614,16