

## Medico Scudo Professionale Modulo di Proposta

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 i Sottoscrittori ritengano necessari 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 1 Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed 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.

### 1. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

1.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

SI

NO

1.B Compagnia di Assicurazione

1.C Data di scadenza ultima copertura

1.D Franchigia

1.E Massimale

1.F Numero di anni di copertura continua

6.G Data di retroattività

### 2. CONDIZIONI DI POLIZZA

2.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 1.000.000 / 3.000.000

€ 3.000.000 / 6.000.000

€ 2.000.000 / 6.000.000

€ 5.000.000 / 6.000.000

2.B Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

€ 0

€ 1.500

€ 2.500

€ 5.000

€ 7.500

€ 10.000

€ 15.000

€ 20.000

2.C **Retroattività** (minimo 10 anni ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24)

10 anni

Illimitata

2.D Tacito Rinnovo

SI

NO

2.E Indicare le **specializzazioni NON INVASIVE/NON CHIRURGICHE conseguite e/o attività esercitate** dal Proponente o quelle per le quali sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

Allergologia e Immunologia clinica

Malattie dell'apparato cardiovascolare

Neurofisiopatologia

Anatomia patologica

Malattie dell'apparato digerente

Neurologia

Andrologia

Malattie dell'apparato respiratorio

Neuropsichiatria

Angiologia e Flebologia

Malattie infettive

Oculistica / Oftalmologia

Audiologia

Medicina del lavoro

Oncologia e senologia

Biochimica e chimica clinica

Medicina dello sport

Otorinolaringoiatria

Biologia

Medicina di base

Patologia Clinica

Cardiologia

Medicina di comunità

Pediatria senza neonatologia

Dermatologia- Venereologia

Medicina d'urgenza

Pneumologia

Diabetologia e malattie del metabolismo

Medicina fisica e riabilitazione

Psichiatria

Ematologia e Medicina Trasfusionale

Medicina generale

Psicologia Clinica

Endocrinologia e malattia del ricambio

Medicina interna

Radiodiagnostica (no mammografia)

Epatologia

Medicina legale

Radiodiagnostica con mammografia

Farmacologia

Medicina Nucleare

Radioterapia

Fisica Medica

Medicina Termale

Reumatologia

Gastroenterologia

Medicina tropicale

Scienze dell'alimentazione

Genetica Medica

Medicine non convenzionali e osteopatiche

Statistica Sanitaria e Biometria

Geriatrica

Medico abilitato non specializzato

Terapia del dolore e cure palliative

Igiene e medicina preventiva

Microbiologia/Virologia

Urologia

Immunologia

Nefrologia

2.F Indicare le **specializzazioni INVASIVE/CHIRURGICHE conseguite e/o attività esercitate** dal Proponente o quelle per le quali sta ottenendo la specializzazione (**specializzando**):

|                                                                    |                          |                                                           |                                     |                                               |                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| Andrologia Invasiva                                                | <input type="checkbox"/> | Endocrinochirurgia                                        | <input type="checkbox"/>            | Pediatria                                     | <input type="checkbox"/> |
| Anestesia, rianimazione e terapia intensi                          | <input type="checkbox"/> | Gastroenterologia Invasiva                                | <input type="checkbox"/>            | Terapia del dolore e cure palliative Invasiva | <input type="checkbox"/> |
| Angiologia e Flebologia Invasiva                                   | <input type="checkbox"/> | Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa Ostetricia | <input type="checkbox"/>            | Urologia Invasiva                             | <input type="checkbox"/> |
| Cardiochirurgia                                                    | <input type="checkbox"/> | Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale                    | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Cardiologia Invasiva                                               | <input type="checkbox"/> | Ginecologia e Ostetricia inclusa Fecondazione assistita   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                               |                          |
| Chirurgia addominale                                               | <input type="checkbox"/> | Ginecologia esclusa Ostetricia                            | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso                              | <input type="checkbox"/> | Medicina Estetica                                         | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia della mano                                               | <input type="checkbox"/> | Nefrologia Invasiva                                       | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia Generale                                                 | <input type="checkbox"/> | Neurochirurgia                                            | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia Maxillo facciale con Chirurgia elettiva/estetica         | <input type="checkbox"/> | Oculistica / Oftalmologia Invasiva                        | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia Maxillo Facciale esclusa Chirur                          | <input type="checkbox"/> | Oculistica / Oftalmologia con Chirurgia elettiva/estetica | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia pediatrica                                               | <input type="checkbox"/> | Ortopedia                                                 | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia Plastica e Ricostruttiva con Chirurgia elettiva/estetica | <input type="checkbox"/> | Ortopedia e Traumatologia esclusi Interventi Spinali      | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia Ricostruttiva                                            | <input type="checkbox"/> | Ortopedia e Traumatologia inclusi Interventi spinali      | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia toracica                                                 | <input type="checkbox"/> | Otorinolaringoiatria esclusa Chirurgia elettiva/estetica  | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |
| Chirurgia vascolare                                                | <input type="checkbox"/> | Otorinolaringoiatria inclusa Chirurgia elettiva/estetica  | <input type="checkbox"/>            |                                               |                          |

### 3. ESTENSIONI DI COPERTURA

3.A Il Proponente desidera includere in copertura la garanzia **"Responsabilità solidale"**? (sempre inclusa ai sensi della Legge 8 Marzo 2017, n.24)

☒ SI

3.B 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?

SI ☒ NO

3.C 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?

SI ☒ NO

In caso di risposta affermativa:

3.C.1 Il Proponente ha mai lavorato come libero professionista e/o come convenzionato presso strutture sanitarie private prima del 01/04/2017?

SI ☐ NO

3.C.2 Il Proponente ha mai agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con un proprio paziente come da art. 7 comma 3 della Legge n. 24/2017?

SI ☐ NO

3.D 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**)

SI ☒ NO

3.E Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti da inadeguatezza/insufficienza del **Consenso informato**?

SI ☒ NO

3.F Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività Invasiva Lieve** così come da **Definizioni di polizza?** Garanzia disponibile per le **specializzazioni conseguite e/o attività esercitate NON INVASIVE/ NON CHIRURGICHE**

SI ☐ NO

3.G Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per i **Sinistri** derivanti dallo svolgimento di **Attività di Medicina Estetica Light** come da **Definizioni di polizza?** Garanzia disponibile per le **specializzazioni conseguite e/o attività esercitate NON INVASIVE/ NON CHIRURGICHE**

SI ☒ NO

3.H Il Proponente desidera includere in garanzia la copertura per le **Spese Legali - Procedimenti Penali** come da art. 6.1 del testo di polizza?

SI ☒ NO

3.I 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?

SI ☒ NO

In caso di risposta affermativa, indicare le seguenti informazioni relative alla struttura:

Ragione Sociale

Numero di Posti Letto

Aree di specializzazione della Struttura e relativo numero di procedure annue prestate

|   | specializzazione | n° procedure |
|---|------------------|--------------|
| 1 |                  |              |
| 2 |                  |              |
| 3 |                  |              |
| 4 |                  |              |

|   | specializzazione | n° procedure |
|---|------------------|--------------|
| 5 |                  |              |
| 6 |                  |              |
| 7 |                  |              |
| 8 |                  |              |

Informazioni finanziarie:

|                     | stima esercizio corrente | ultimo esercizio finanziario completo |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Retribuzioni Totali |                          |                                       |
| Fatturato Totale    |                          |                                       |

Emolumenti annui percepiti dal Proponente per il ruolo ricoperto

#### 4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.A 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)

SI ☒ NO

4.B 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?

SI ☒ NO

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)

#### 5. PRODOTTI ADDIZIONALI

##### Contagio accidentale

5.A Il proponente richiede la copertura aggiuntiva "Contagio Accidentale HIV, Epatite B e C"?

☒ NO

SI - Massimale  
€20.000

SI - Massimale  
€50.000

##### Infortuni

5.B Il proponente richiede la copertura aggiuntiva "Infortuni"?

☒ NO

SI - Massimale  
Morte €10.000

SI - Massimale  
Morte €25.000

SI - Massimale  
Morte €50.000

SI - Massimale  
Morte €75.000

5.B.1 Il proponente richiede l'estensione aggiuntiva "Aggressioni"?

SI ☒ NO

5.B.2 Il proponente richiede l'estensione Invalidità permanente da Infortunio?

SI ☒ NO

5.B.3 Il proponente richiede la Condizione Particolare Aggiuntiva "Supervalutazione degli arti superiori"?

SI ☒ NO

##### Perdita di reddito

5.C Il proponente richiede la copertura aggiuntiva "Perdita di Reddito"?

SI ☒ NO

5.C.1 Il proponente conferma che il fatturato dell'ultimo esercizio finanziario completo è inferiore ad euro 30.000?

SI ☒ NO

5.C.3 Il proponente richiede l'estensione per perdita di reddito dovuta a malattia?

SI ☒ NO

#### 6. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

|                                                       |                      |                     |                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| 6.A Nome                                              | <input type="text"/> | 6.B Cognome         | <input type="text"/> |
| 6.C Città                                             | <input type="text"/> | 6.D Provincia       | <input type="text"/> |
| 6.E CAP                                               | <input type="text"/> |                     |                      |
| 6.F Indirizzo                                         | <input type="text"/> |                     |                      |
| 6.G Codice Fiscale                                    | <input type="text"/> | 6.H Partita Iva     | <input type="text"/> |
| 6.I Telefono cellulare +39                            | <input type="text"/> | 6.J Indirizzo email | <input type="text"/> |
| 6.K Anno di prima iscrizione all'Ordine Professionale | <input type="text"/> |                     |                      |

#### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né 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.

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

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

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

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.**

Firma

Data

#### DICHIARAZIONE CONTAGIO ACCIDENTALE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né 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 RC 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.

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

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- |                                                                                                                                                |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art. 2 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione - Rescindibilità annuale - Clausola della proroga automatica dell'assicurazione; | Art. 13 - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali;                      |
| Art. 5 - Recesso a seguito di sinistro;                                                                                                        | Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione;                                                       |
| Art. 9 - Validità territoriale;                                                                                                                | Art. 16 - Condizioni di efficacia del contratto e procedura per la valutazione del danno;   |
| Art. 9BIS - Domande giudiziali;                                                                                                                | Art. 19 - Esclusioni;                                                                       |
| Art. 10 - Clausola procedurale per i reclami su polizze linea persona (Italia);                                                                | Art. 20 - Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni. |
| Art. 12 - Limiti di età;                                                                                                                       |                                                                                             |

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Polizza.**

Firma

Data

#### DICHIARAZIONE INFORTUNIO

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 RC 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.

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

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

Art. 3 - Recesso a seguito di sinistro;  
Art. 7 - Foro competente;  
Art.14 - Esclusioni;

Art. 17BIS - Franchigie per Invalidità Permanente;  
Art. 24 - Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni;  
Art. 27 Concentrazione

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Polizza.**

Firma

Data

#### DICHIARAZIONE PERDITA DI REDDITO

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 RC 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.

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

Firma

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

Art. 3 - Recesso a seguito di sinistro;  
Art. 7 - Foro competente;  
Art.14 - Esclusioni;

Art. 15 - Franchigia  
Art. 20 - Controversie sull'ammissibilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni  
Art. 23 - Concentrazione

**Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Polizza.**

Firma

Data