

MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA E PER LA CONDANNA IN
SOLIDO
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il / la sottoscritto / a nato / a il, residente in
....., via / piazza N°, codice fiscale
....., indirizzo E-mail personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"
con decorrenza dal al

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA CONDANNA IN SOLIDO
con decorrenza dal al

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA ACCESSORIA DELLA TUTELA LEGALE
con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'Assicurazione sono quelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione "Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima e/o contestualmente la compilazione del presente Modulo di Proposta;
- (2) La Polizza verrà stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (3) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in Polizza;
- (4) Le Richieste di Risarcimento, come definite dalla presente Polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente Polizza;
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente Polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

QUALIFICA:

- Dirigente Medico e Veterinario
 Medico Convenzionato e/o Contrattista
 Dirigente Sanitario Non Medico
 Dirigente Non Medico, Altre Specializzazioni
 Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale
 Medico Specialista in Formazione
 Componente del Comitato Etico
 Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico

- Restante Personale Non Sanitario
 Tirocinante

RETROATTIVITÀ:

- Dalle ore 24:00 del __/__/____ (Opzione Base) ILLIMITATA, sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

- Sezione I – Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica Sezione II – Condanna in Solido con l’Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di Appartenenza

GARANZIA ACCESSORIA:

- Sezione a) – Tutela Legale

MASSIMALE:

SEZIONE I COLPA GRAVE

- € 1.500.000,00 € 3.000.000,00 € 5.000.000,00

SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO

€ 2.000.000,00

SEZIONE a) TUTELA LEGALE

€ 10.000,00 per sinistro; illimitato per anno

DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO, DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, l’Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: “Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza negli ultimi 5 (cinque) anni una condanna, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all’attività oggetto della presente assicurazione?” Ho risposto:

- NO SI

- SI, 1 condanna In sede: Civile Penale per lesioni Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:

- SI, 2 condanne In sede: Civile Penale per lesioni Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:

- SI, 3 condanne In sede: Civile Penale per lesioni Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “*Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025*” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione “*Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025*”;
- (C) Formulazione temporale dell’assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** “Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative” e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell’Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. “catena assicurativa”.

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l’accesso all’Area Riservata.

Data

FIRMA