

**POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE AMMINISTRATIVA E/O AMMINISTRATIVA/CONTABILE
RISERVATA AI MEDICI RADIOLOGI SOCI SIRM CHE RICOPRONO CARICHE DIRIGENZIALI DI
OGNI GRADO IN AMBITO PUBBLICO**

Modulo di proposta - Copertura Individuale

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione che la Compagnia ritenga necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE

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)

1. La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente.
È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione.
Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.
2. Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
3. La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

01. Dati generali riguardanti il proponente:

- a) Nome e Cognome _____
- b) Indirizzo _____
- c) CAP, Città e Provincia _____
- d) CF _____

02. Precedenti assicurativi (IMPORTANTE ai fini dell'applicazione della clausola di continuità assicurativa)

Indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?

In caso affermativo, precisare:

- (a) Impresa assicuratrice: _____
- (b) Periodo di polizza: _____
- (c) Massimale di polizza: _____
- (d) Retroattività di polizza: _____
- (e) Ultrattività/postuma _____

Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo. In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si No _____

03. Indicare le funzioni che si intendono assicurare, ad eccezione degli incarichi pregressi (in caso di incarichi pregressi compilare l'Allegato 1)

	Funzione Ricoperta	Ente di appartenenza
<input type="checkbox"/>	Responsabile di UNITA' OPERATIVA SEMPLICE_ U.O.S.	
<input type="checkbox"/>	Responsabile di UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTI= MENTALE_ U.O.S.D.	
<input type="checkbox"/>	Responsabile di UNITA' OPERATIVA COMPLESSA _ U.O.C.	
<input type="checkbox"/>	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	

04. Massimale richiesto:

- EUR 1.500,000
 EUR 3,000,000

05. Sinistrosità pregressa:

(a) Sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità amministrativa o amministrativa/contabile nei confronti del proponente negli ultimi CINQUE anni?

Si No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare azioni volte all'accertamento di responsabilità amministrativa, responsabilità amministrativa/contabile del proponente?

Si No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA SINISTRO ALLEGATA- IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

06. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara:

- che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Data: Firma:

Qualifica: Nome Leggibile:

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE CON RETROATTIVITA' DI 5 ANNI ED ULTRATTIVITA' DI 5 ANNI

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made" con retroattività di 5 (CINQUE) anni ed ultrattività di 5 (CINQUE) anni. Ciò significa che la polizza copre:

Le Richieste di Risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione ancorché siano state originare da comportamenti colposi posti in essere in epoca precedente alla data di decorrenza indicata sul modulo di polizza, ma non antecedentemente a 5 (cinque) anni da tale data

L'Assicurazione opera altresì per le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato e comunicate a Reale Mutua entro e non oltre cinque (5) anni dalla cessazione:

- della Polizza
- totale da parte dell'Assicurato dell'Attività Assicurata e di ogni altra Attività Svolta presso un qualsiasi Ente Pubblico o Organismo di diritto pubblico, per qualsiasi motivo tranne il licenziamento per giusta causa,

che siano:

- conseguenza di comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Assicurazione

In caso di morte dell'Assicurato le facoltà, gli obblighi e i diritti dello stesso si trasferiscono ai suoi eredi.

Decorsi i suindicati termini, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di:

- aver preso atto che il contratto di assicurazione proposto è nella forma «*claims made*» così come sopra specificato;
- approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Data:

Firma:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO (composta da Condizioni di Assicurazione, Documento informativo Precontrattuale (DIP DANNI), Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP AGGIUNTIVO DANNI)

Data:

Firma:

ALLEGATO 1

INCARICHI PREGRESSI INCLUSI IN COPERTURA RIENTRANTI NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA

Funzione Ricoperta	Ente di appartenenza	Data inizio incarico	Data fine incarico

Data:

Firma:

ALLEGATO 2

SCHEDA SINISTRO E/O CIRCOSTANZA NOTA

	Data del sinistro? _____
	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato?
	Descrizione dettagliata del sinistro?
	Attività svolta dal Proponente/Assicurato? _____
	Ammontare del danno richiesto? _____
	Ammontare dell'eventuale riserva? _____
	Conclusione del sinistro o stato attuale? _____

Firma del Proponente

Nome _____

Carica _____

Data _____