

## MODULO DI PROPOSTA

### ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA 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 personale<sup>1</sup> ..... 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 .....

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. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" 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

## 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 colpose  Penale per omicidio colposo  
Importo del risarcimento: €  
Data della Sentenza:
- SI, 2 condanne In sede:  Civile  Penale per lesioni colpose  Penale per omicidio colposo  
Importo del risarcimento: €  
Data delle Sentenze:
- SI, 3 condanne In sede:  Civile  Penale per lesioni colpose  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. 146 23 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023" 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. 446 23 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 31.05.2023";
- (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 .....