

c) **Esclusione Procedure Invasive**

Sì No

d) **Franchigia**

Nulla Euro 1.500 Euro 2.500 Euro 5.000
 Euro 10.000 Euro 20.000 Euro 25.000 Euro

4. SPECIALIZZAZIONI

Indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività

Area Medica

- Allergologia ed Immunologia Clinica
- Dermatologia e Venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del ricambio
- Epatologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Immunologia
- Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia
- Medicina di base
- Medicina d'urgenza
- Medicina di comunita'
- Medicina generale
- Malattie infettive
- Medicina interna
- Medicina dello sport
- Medicina tropicale
- Nefrologia
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Oncologia
- Pediatria (esclusi paz. primi 60 gg)
- Pediatria (inclusi paz. primi 60 gg)
- Psichiatria/Clinica Psichiatrica
- Psicologia clinica
- Reumatologia
- Medico Specializzando (indicare la specializzazione):
- Altro (specificare):**

Area Chirurgica

- Andrologia/Urologia
- Angiologia
- Cardiocirurgia
- Cardiologia
- Chirurgia apparato digerente
- Chirurgia d'urgenza
- Chirurgia generale
- Chirurgia maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Endocrinocirurgia
- Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto
- Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto
- Neurochirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Medico abilitato non specializzato

Area Servizi Clinici

- Anatomia patologica
- Anestesia e rianimazione
- Audiologia e foniatría
- Biochimica e chimica clinica
- Farmacologia
- Genetica Medica
- Igiene e medicina preventiva
- Medicina del lavoro
- Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria
- Medicina legale
- Medicina nucleare
- Microbiologia e Virologia
- Ortognatodonzia con implantologia
- Ortognatodonzia senza implantologia
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Scienza della alimentazione/Dietologia
- Tossicologia medica

Area non medica

- Biologia

5. PRESTAZIONI PER CONTO DEL S.S.N

Indicare se il proponente richiede/accetta l'esclusione dalla copertura di polizza dell'attività in Libera Prestazione/Extramuraria e pertanto richiede copertura limitatamente all'attività svolta come dipendente del SSN/in regime "intramuraria" come definito nel Testo di Polizza

Sì No

a) **Precisare di seguito l'Ente del SSN per conto del quale viene svolta l'attività professionale**

b) **Indicare se il proponente è Dirigente di II Livello**

Sì No

6. SINISTROSITÀ PREGRESSA

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?

Si No

b) Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di una propria responsabilità civile, penale o deontologica?

Si No

In caso affermativo, si prega di indicare in merito a ciascun sinistro e/o circostanza

- descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum")

- le date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica

- i profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili

7. DICHIARAZIONI

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.

Nome _____ Qualifica _____

Data _____ Firma _____

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, 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.

Per espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Nome _____ Qualifica _____

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il fascicolo informativo previsto dall'articolo 32, punto 2, del Regolamento n° 35 dell'ISVAP.

Nome _____ Qualifica _____

Data _____ Firma _____