

SICV-GIS – Società Italiana di Chirurgia Vertebrale e Gruppo Italiano Scoliosi

MODULO DI PROPOSTA /ADESIONE

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO

R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente al Contraente/Proponente Associato SICV_GIS che intende assicurarsi, nella forma "Claims Made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

PROPONENTE/CONTRAENTE

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo:
Residenza	*	Indirizzo: _____ N. Civico: _____ C.A.P.: _____ Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____
Indirizzo E-mail personale ¹ – PEC <small>1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata</small>	*	E-mail pers.: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	N. Tel: _____ N. Fax: _____ N. Cell: _____
Iscritto alla SICV_GIS N° Iscrizione	*	Ordine della provincia di _____ / N° _____
Data di decorrenza richiesta	*	Data: / /

COPERTURE ASSICURATIVE CORRENTI:

Il Proponente o è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? SI NO

Il Proponente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway?
 SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Scheda di Polizza: _____

In alternativa, se aderente ad una Polizza Collettiva:

Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

Il Proponente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____ Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (Non richiesto per gli Specializzandi):

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? SI NO

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

N.B: Massimale per sinistro (annuo 3 volte il massimale per sinistro)

€ 2.000.000,00 € 3.000.000,00 € 5.000.000,00

2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio" La garanzia assicurativa riservata agli aderenti SICV-GIS e' esclusivamente a Primo Rischio eventuali coperture assicurative richieste a secondo rischio andranno valutate di volta in volta

4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) Il Proponente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? SI NO

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura¹? SI NO

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:

Nome Struttura: _____

Località: _____

5. GARANZIA ACCESSORIA DI TUTELA LEGALE:

Il Proponente richiede di attivare la garanzia di Tutela Legale? SI NO

Specialità Mediche Chirurgiche Assicurabili

Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali) Neurochirurgia

(*) Per sinistri denunciati/ risarciti in numero maggiore di uno (TRE) rivolgersi alla Compagnia

INFORMAZIONI:

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente Modulo di Adesione si precisa che eventuali Comunicazioni ex art. 13 non dovranno essere elencati:

NO SI N. Sinistri (*) _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. Data scoperta _____

Controparte _____

Eventuale somma liquidata _____

Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata _____

PROFESSIONE MEDICA PLUS - MODULO DI PROPOSTA

Breve descrizione del danno	_____		
II. Data scoperta	Controparte	_____	
Eventuale somma liquidata	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)	

Eventuale somma reclamata	_____		

Breve descrizione del danno	_____		
III. Data scoperta	Controparte	_____	
Eventuale somma liquidata	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)	

Eventuale somma reclamata	_____		

Breve descrizione del danno	_____		

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

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. 157 25 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Ed. 21.02.2025"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Proposta**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 457 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Ed. 21.02.2025"** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di **Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza**;
- (C) Formulazione temporale dell'**Assicurazione "Claims Made"** ai sensi dell'Art. 2) **Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività** delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 457 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Ed. 21.02.2025"**;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** ai sensi dell'Art. 4) **Esclusioni, par. a.** delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 457 25 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA Plus - Ed. 21.02.2025"**.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

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".

L'**Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE