



**Responsabilità civile del
Medico Dipendente del SSN**
Legal Liability of Employees of Italian NHS
Modulo di proposta – Proposal form



La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.
The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorized person, and any further documentation or information that underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly

AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT WARNING

“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. E' 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.

This proposal form should be completed in ink by the proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply fully and frankly. The proposal form must be signed and dated.

(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.

All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e Cognome del Proponente: *Full Name of the Insured:* _____

(b) Indirizzo e codice fiscale: *Address and Tax Code:* _____
 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(c) Denominazione e luogo dell'Ente di appartenenza *Name and location of the employer :*

(d) PEC email e/o Numero di FAX *PEC email and/or FAX Number* _____

(e) E' a conoscenza dell'esistenza della copertura assicurativa contratta dal Suo Ente di appartenenza ai sensi di quanto disposto dall'art. 21 comma 1 del CCNL 3 novembre 2005 e s.m.i. ? *Is the proposer aware of an Insurance Coverage signed by the employer, in accordance with the provisions of the article 21, paragraph 1 of the CCNL, 3 November 2005 and following modifications and integrations?*

Si, L'Ente è assicurato No, l'Ente non è assicurato Non ne sono a conoscenza
Yes, the Health Service Entity is insured No, the Health Service Entity is not insured I am not aware of it

(f) Il Proponente e' Responsabile di UO? *Is the proposer Head of Dept?* **Si/ Yes No/ No**

(g) Specializzazione conseguita e/o esercitata *Specialization held*

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI: indicare se - negli ultimi 5 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio. *Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk?*

Si/ Yes No/ No

In caso affermativo, precisare: *If so, please indicate:*

- (a) Impresa assicuratrice : *Insurance company* _____
- (b) Periodo di polizza: *Period of Insurance* _____
- (c) Massimale di polizza: *Limit of Indemnity* _____
- (d) Premio ultima annualità: *Last annual Premium* _____

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo – In caso affermativo si prega di fornire dettagli *Has insurance for this type of risk ever been refused or cancelled? If yes, please provide details:*

Si/Yes No/No _____

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza
Please choose from the following options terms and conditions of the cover:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO** : *Limit of indemnity*

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

€ 1.500.000,00

€ 2.500.000,00

€ 3.000.000,00

04. SINISTROSITA' 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? *Have any claims been filed or have any actions been taken to verify civil, criminal or ethical liability against the Proposer in the last 5 years?*

SI – YES

NO – NO

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente? *Is the proposer aware of any act, omission or fact which could give grounds for any future claim or any actions undertaken to verify civil, criminal or ethical liability against the Proposer*

SI – YES

NO – NO

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA SINISTRO ALLEGATA IN OGNI SUA PARTE. UNA SCHEDA PER OGNI EVENTO. *IF YES PLEASE FILL IN THE ATTACHED CLAIM FORM. ONE FORM FOR EACH EVENT.*

05. DICHIARAZIONE – DECLARATION

Il sottoscritto, dichiara *-The undersigned hereby declares:*

a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni; *-that the statements are true to the best of his/her knowledge and belief;*

b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione - *that signing this application does not bind either the undersigned or the Underwriters to make the insurance contract.*

c. 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 *-that should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the undersigned agrees that this Proposal Form will be the basis of the contract and part of the Policy itself*

d. 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 - *that should there be, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any variations of the information contained in the Proposal Form, the undersigned agrees to notify such variations immediately to Underwriters who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

e. di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo.

Data / Date

Firma / Signature

Qualifica / Title

Nome Leggibile / Printed Name

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

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 una futura richiesta di risarcimento, 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 Sinistro potrà essere denunciato a termini della polizza stessa (salvo che sia diversamente previsto), anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance.

The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance (unless otherwise agreed), even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.

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

Firma / Signature

INFORMATIVA

Spettabile Cliente/Professionista,

Oggetto: Informativa sul trattamento dei Vostri dati personali ai sensi dell'articolo 13 DLgs 196/2003, recante il codice in materia di protezione dei dati personali e richiesta del Vostro consenso per effettuare taluni trattamenti

Vi informiamo che, in relazione all'instaurazione e/o al prosieguo dei rapporti commerciali tra Voi e la **AEC S.p.A.**, necessitiamo entrare in possesso e trattare dati a Voi relativi, ottenuti direttamente ovvero anche verbalmente e qualificati come personali dal **DLgs 196/2003** – “**Codice in materia di protezione dei dati personali**”.

Tale codice prevede innanzitutto che chi effettua trattamenti di dati personali è tenuto ad informare il soggetto interessato su quali dati vengano trattati e su taluni elementi qualificanti il trattamento: esso deve avvenire con correttezza liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti. Conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del DLgs 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni.

Natura dei dati trattati

In relazione al tipo di polizza da Voi richiesta, i dati oggetto di trattamento (cfr. art 4 comma 1) da parte della **AEC S.p.A.** possono essere :

1. dati comuni (nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, recapiti telefonici, codice fiscale, dati relativi alla Vs. attività professionale, etc.);
2. dati sensibili (idonei a rivelare lo stato di salute attuale e pregresso, ovvero la tipologia ed i risultati di esami e accertamenti diagnostici, eventuali patologie, le terapie in corso, etc.).

Finalità del trattamento

I Vostri dati personali vengono raccolti e trattati, per le finalità connesse alla stipula/gestione dei contratti assicurativi nonché alla liquidazione dei sinistri, in corrispondenza agli accordi contrattuali stipulati fra Voi e la **AEC S.p.A.** I dati verranno trattati per tutta la durata del contratto ed anche successivamente, per l'espletamento di obblighi di legge e per finalità amministrative e contabili e comunque, laddove non riconfermati da parte Vostra, per una durata non superiore ai 10 anni: superato il termine i dati sono eliminati dai nostri archivi.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei Vostri dati all'interno della nostra Azienda, avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e, potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi informatici; in relazione a quest'ultimo aspetto precisiamo che, la nostra Azienda pone in atto tutte le necessarie misure di sicurezza previste dall'Allegato-B del DLgs 196/2003–Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza.

Obbligo o facoltà di conferire i dati

Ferma l'autonomia da parte Vostra al conferimento dei dati personali, ricordiamo che il trattamento degli stessi per determinate finalità risulta essere:

- obbligatorio, al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e dagli organi di Vigilanza e controllo, nonché per la conclusione di nuovi contratti, per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o per la gestione/liquidazione dei sinistri ed il cui mancato conferimento da parte Vostra, comporta l'impossibilità per la **AEC S.p.A.**, di concludere od eseguire i relativi contratti assicurativi e/o di gestire/liquidare i sinistri. Per tali finalità non è richiesto il Vs consenso al loro trattamento;
- facoltativo, per le attività di informazione e di promozione commerciale avviate dalla **AEC S.p.A.** sui propri prodotti assicurativi (a mezzo e-mail e/o fax), ed il cui mancato conferimento da parte Vostra, non comporta alcuna conseguenza nei rapporti commerciali presenti e/o futuri con la **AEC S.p.A.** Per tali finalità è richiesto il Vs consenso al loro trattamento che potete accordarlo restituendo firmata l'apposita dichiarazione in calce alla presente.

Ambito di conoscenza dei Vostri dati

Le seguenti categorie di soggetti interni alla nostra Azienda (figure direttive e amministrative – personale di segreteria - addetti alla contabilità ed alla fatturazione), possono venire a conoscenza dei Vostri dati, in qualità di responsabili o incaricati del trattamento, nominati dalla scrivente **AEC S.p.A.**, titolare del trattamento.

Comunicazione e diffusione

I Vostri dati potranno da noi essere comunicati (se pertinente e comunque ove necessario), con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati, nei seguenti termini:

- a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;

INFORMATIVA

- a soggetti, pubblici e privati, per le finalità inerenti all'espletamento da parte degli assicuratori dei Lloyd's, delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e liquidazione dei sinistri (ex. assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori assicurativi, legali, periti e autofficine, società di servizi a cui sono affidati la gestione/liquidazione/pagamento dei sinistri, ANIA, ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, altre banche dati la cui comunicazione dei dati è obbligatoria, etc.);
- a soggetti che hanno necessità di accedere ai Vostri dati per finalità ausiliare al rapporto che intercorre tra Voi e noi, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari.

I sopradetti soggetti, operano rispetto alla **AEC S.p.A.**, in totale autonomia ovvero come distinti Titolari del trattamento dei dati personali, a cui competono perciò tutti gli adempimenti previsti dalla legge.

I Vostri dati non verranno in alcun modo da noi diffusi, dove con tale termine si intende il darne conoscenza a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione

I Vostri diritti

Riportiamo di seguito l'estratto dell'articolo 7 Dlgs 196/2003, per ricordarVi che potete esercitare nei nostri confronti i seguenti diritti:

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che Vi riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile;
- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, nonché delle finalità e modalità del trattamento;
- ottenere l'indicazione della logica applicata nei trattamenti effettuati con l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi avete interesse, l'integrazione dei dati;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione, in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- ottenere l'attestazione che l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco sono stati portati a conoscenza, anche per quanto riguarda il contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, tranne che nei casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- opporvi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che Vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- opporvi, in tutto o in parte, al trattamento di dati personali che Vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Titolare e responsabili del trattamento

Titolare del trattamento è **AEC S.p.A.**, i cui dati anagrafici sono riportati in calce alla presente informativa. Per esercitare i diritti di cui al punto precedente, potete rivolgerVi al Responsabile del Trattamento da noi all'uopo preposto, ai sensi dell'articolo 13 lettera f) Dlgs 196/2003, reperibile presso la sede operativa della nostra Azienda e/o rispettivamente all'indirizzo di posta elettronica info@aecunderwriting.it.

Sig. FABRIZIO CALLARA'

(Rappresentante legale del Titolare del trattamento)

Formula di Consenso al trattamento

Il/La **Sottoscritt-o/a** _____, previo ricevimento da parte di **AEC S.p.A.**, della presente informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196 del 30/06/2003, esprime di seguito le proprie decisioni, in merito alla concessione ad **AEC S.p.A.**, ad effettuare i trattamenti dei propri dati personali indicati nella tabella sottostante. Per accordare il consenso, provved-o/e a barrare la casella **SI**; per negare la concessione dello stesso, provved-o/e a barrare la casella **NO**:

Trattamento di alcuni dei Vs dati personali, per le attività di informazione e di promozione commerciale avviate dalla AEC S.p.A. sui propri prodotti assicurativi, esclusivamente con le modalità indicate dall' AEC S.p.A. , nella presente "Informativa".	SI	NO
--	----	----

Firma del Cliente/Professionista