



MODULO RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche (Lloyd's)

DATI PROPOSTA

Data inizio periodo di Assicurazione: ore 24.00 del _____

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO

Nome: _____ Cognome: _____
Persona : FISICA Titolo Onorifico: _____ Sesso Maschio Femmina
Residenza _____
Via/Paizza/Altro _____ Cap _____ Comune _____ Provincia _____
Codice Fiscale: _____ email: _____
Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Provincia di Nascita: _____
Tel.: _____ Fax: _____ Cell: _____

DETTAGLI ATTIVITA' ASSICURATA

Categoria di Rischio: _____

Struttura Sanitaria di Appartenenza: _____ Provincia: _____

SPECIALI 22A ZIONE :

Massimale prescelto: * ATTENZIONE! Il massimale di € 300.000,00 è opzionabili solo nel caso in cui la Categoria di rischio sia Personale Sanitario del Comparto (infermieri, psicologi, farmacisti, radiologi, tecnici di laboratorio, ostetriche), Tecnici della Riabilitazione, Operatori Socio Sanitari, Operatori Socio Assistenziali; La categoria di rischio sopra indicata può scegliere solo i massimali da €300.000,00 a €1.000.000,00.

- Euro 300.000,00 * Euro 500.000,00* Euro 1.000.000,00* Euro 2.500.000,00
 Euro 5.000.000,00

Retroattività Illimitata: SI' NO

Esiste una polizza personale in corso a copertura degli stessi rischi? SI' NO

In quale data è in scadenza la polizza in corso? ____/____/____

RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRECEDENTI E/O IN CORSO

Negli ultimi 5 anni è venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze e/o Richieste di Risarcimento (come definiti nelle Condizioni di Polizza) inerenti l'attività professionale esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale?

SI NO

In caso di risposta affermativa è necessario compilare ed inviare il Modulo Raccolta Informazione Sinistri

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)

Il Contraente, preso atto dell'Informativa sulla Privacy ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. n. 196/03:

SI NO al trattamento dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) per le finalità di cui al punto 1-A dell'Informativa e nelle modalità di cui al punto 2;

SI NO alla comunicazione dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'Informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1-A della medesima Informativa;

SI NO allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nell'Informativa nei suoi confronti.



ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI OFFERTI

Avvertenza preliminare

Gli Intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative del Contraente. Il Contraente fornisce le informazioni necessarie ai fini dell'adeguatezza della proposta formulatagli, per ottenere l'emissione della Polizza conforme alle esigenze ed ai bisogni contenuti nel questionario assuntivo. Pertanto:

Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate?

1. le esigenze assicurative del Contraente derivano da un obbligo di legge;
2. il Contraente ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
3. il Contraente ha ricevuto e preso visione del contenuto del Fascicolo Informativo e dell'Informativa Precontrattuale relativi al contratto assicurativo che intende sottoscrivere;
4. il Contraente ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle sue esigenze assicurative, intendendo tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme di denaro, a titolo di danno erariale, da corrispondere alla Pubblica Amministrazione in genere, a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave del Contraente stesso; ovvero il risarcimento per Perdite Patrimoniali in conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere nell'esercizio dell'attività professionale, come esercente la professione sanitaria nell'ambito di una Struttura Sanitaria e Socio - Sanitaria Pubblica; Sì No
5. il Contraente è consapevole che la Polizza offerta opera in regime di "Claims made" e prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni di cui ha preso visione.

In caso di risposta negativa alle dichiarazioni che precedono, il Contraente, dopo aver valutato con l'Intermediario le caratteristiche del prodotto offerto, dichiara che non intende fornire alcun dettaglio circa le proprie esigenze assicurative ma di voler comunque sottoscrivere la Polizza, pur consapevole che, su ragguaglio dell'Intermediario stesso, potrebbe non essere adeguata alle proprie esigenze assicurative.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

L'Aderente dichiara di aver verificato i dati riportati nel presente "Modulo di Raccolta Dati" e di confermare la completezza e la correttezza degli stessi.

L'Aderente dichiara inoltre di voler ricevere e trasmettere la documentazione sotto specificata:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente
- la polizza per l'apposizione della relativa sottoscrizione
- le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione

tramite supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail).

Diversamente occorrerà darne comunicazione scritta al Broker a mezzo mail o fax

_____ Firma: _____
(Data) (Nome e Cognome) (L'Aderente)

ATTENZIONE: il presente "Modulo di Raccolta Dati Polizza RC Colpa Grave dell'esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche è un documento utile unicamente alla raccolta delle informazioni da inserire nel Sistema web di Aon Spa da parte del personale dedicato, in sostituzione del Contraente stesso che con la predetta compilazione, autorizza il Broker a tale attività, senza che quest'ultimo, assuma alcun impegno e responsabilità in riferimento ai tempi ed ai dati inseriti.

Non costituisce quindi parte integrante del contratto di assicurazione.

Ai fini del perfezionamento della copertura assicurativa, il Contraente, successivamente all'inserimento dei dati, riceverà il "Modulo di Proposta Polizza RC Colpa Grave dell'esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche già precompilato all'indirizzo e-mail sopra specificato che dovrà essere sottoscritto in ogni sua parte e inviato, unitamente a copia della disposizione di bonifico, al Broker.