

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE**



**NOTA**

- a. E' indispensabile compilare tutti i campi sotto riportati e rispondere a tutte le domande contenute nel presente documento;
- b. qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati, datati e firmati, indicando i rimandi del caso.

**AVVISO IMPORTANTE**

- c. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato saranno prese a fondamento del contratto e ne costituiranno parte integrante;
- d. le dichiarazioni inesatte e le reticenze del proponente/assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile;
- e. l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita in Polizza;
- f. terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Compagnia e nessun Sinistro potrà esser a questa denunciato.

**DATI DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

Ragione sociale Contraente polizza .....
Data di costituzione struttura .....
Sede legale – Via/Piazza ..... n.....
Cap ..... Comune ..... Prov.....
Tel. .... Fax .....
E-mail / PEC .....
Partita Iva  __ __ __   __ __ __   __ __ __   __
Sede Principale / Operativa – Via/Piazza ..... n.....
Cap ..... Comune ..... Prov.....
Sedi Secondarie – Via/Piazza ..... n.....
Cap ..... Comune ..... Prov.....
Sedi Secondarie – Via/Piazza ..... n.....
Cap ..... Comune ..... Prov.....
Indicare il nominativo del Direttore Sanitario .....

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE**



FATTURATO COMPLESSIVO		
ANNO	CONSEGUITO	PREVENTIVATO
PROSSIMO	<del> </del>	<del> </del>
IN CORSO	<del> </del>	<del> </del>
I° PRECEDENTE	<del> </del>	<del> </del>
II° PRECEDENTE	<del> </del>	<del> </del>
III° PRECEDENTE	<del> </del>	<del> </del>

**SITUAZIONE ASSICURATIVA**

Sono in corso altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza alla data di compilazione del presente Modulo ?

- NO  
 SÌ (compilare quanto segue)

Compagnia .....	Pol. Nr. ....	Scadenza .....
Massimale per sinistro € .....	Massimale per evento € .....	
Franchigia € .....	Premio € .....	

**PRECEDENTI ASSICURATIVI**

È mai stato assicurato per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

- NO  
 SÌ indicare da quanti anni ..... e riportare gli estremi delle polizze delle ultime 3 annualità

Compagnia .....	Pol. Nr. ....	Scadenza .....
Massimale per evento € .....	Massimale in aggregato annuo € .....	
Franchigia € .....	Premio lordo € .....	

Compagnia .....	Pol. Nr. ....	Scadenza .....
Massimale per evento € .....	Massimale in aggregato annuo € .....	
Franchigia € .....	Premio lordo € .....	

Compagnia .....	Pol. Nr. ....	Scadenza .....
Massimale per evento € .....	Massimale in aggregato annuo € .....	
Franchigia € .....	Premio lordo € .....	

Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

- NO  
 SÌ (compilare quanto segue)

Con quali motivazioni? .....
Da quale/i Compagnia/e? .....

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE**

**ATTIVITÀ**

**SELEZIONARE IL/I CODICE/I ATECO CORRISPONDENTE/I ALLA/E ATTIVITÀ SVOLTE NELLA STRUTTURA**

	Codice ATECO		Categoria di rischio
<b>ALTO RISCHIO</b>			
<input type="checkbox"/>	86.22.01	Prestazioni sanitarie svolte da chirurghi	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.03	Attività dei centri di radioterapia	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.04	Attività dei centri di dialisi	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.06	Centri di medicina estetica	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.23.00	Attività degli studi odontoiatrici	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.11	Laboratori radiografici	<b>A</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.42	Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari	<b>A</b>
<b>Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria A (rispetto al totale)</b>			<b>%</b>
<b>MEDIO RISCHIO</b>			
<input type="checkbox"/>	86.10.30	Istituti e cliniche	<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.09	Altri studi medici specialistici e poliambulatori	<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.12	Laboratori di analisi cliniche	<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.13	Laboratori di igiene e profilassi	<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.21	Fisioterapia	<b>B</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.41	Attività degli ambulatori tricologici	<b>B</b>
<b>Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria B (rispetto al totale)</b>			<b>%</b>
<b>MEDIO - BASSO RISCHIO</b>			
<input type="checkbox"/>	86.10.20	Case di cura specialistiche	<b>C</b>
<input type="checkbox"/>	86.21.00	Servizi degli studi medici di medicina generale	<b>C</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.02	Ambulatori e poliambulatori del Servizio Sanitario Nazionale	<b>C</b>
<input type="checkbox"/>	86.22.05	Studi di omeopatia e di agopuntura	<b>C</b>
<input type="checkbox"/>	87.20.00	Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	<b>C</b>
<b>Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria C (rispetto al totale)</b>			<b>%</b>
<b>BASSO RISCHIO</b>			
<input type="checkbox"/>	86.10.10	Case di cura generiche	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	86.10.40	Case di cura per lunga degenza	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.29	Altre attività paramediche indipendenti	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	86.90.30	Attività svolta da psicologi	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	87.10.00	Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	87.30.00	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	87.90.00	Altre strutture di assistenza sociale residenziale	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	88.10.00	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	88.91.00	Servizi di asili nido; assistenza diurna per minori disabili	<b>D</b>
<input type="checkbox"/>	87.99.00	Altre attività di assistenza sociale non residenziale	<b>D</b>
<b>Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria D (rispetto al totale)</b>			<b>%</b>

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE**



INDICARE EVENTUALI ATTIVITÀ NON RIPORTATE NELL'ELENCO E LA PERCENTUALE (RISPETTO AL TOTALE):

.....  
.....

**GARANZIE ASSICURATIVE RICHIESTE**

**Massimale per sinistro e per anno assicurativo:**

<input type="checkbox"/> Euro 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Euro 3.000.000,00
<input type="checkbox"/> Euro 5.000.000,00

**Franchigia per danni da morte o da lesioni a persone:**

<input type="checkbox"/> Euro 1.500,00 per sinistro e per anno assicurativo
<input type="checkbox"/> Euro 5.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
<input type="checkbox"/> Euro 10.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento
<input type="checkbox"/> Euro 20.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento

**Rimborso compensi in odontoiatria:**

<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sì (condizione addizionale soggetta a sopra-premio) 20% del premio di polizza, per fatturati fino Euro 1.000.000,00 10% del premio di polizza, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00

**SINISTROSITÀ PREGRESSA**

- Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 4 anni ?  
 NO  
 Sì
- Sono note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 4 anni ?  
 NO  
 Sì

In caso di risposta affermativa ad una od entrambe le domande, fornire le seguenti ulteriori informazioni:

**Modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:**

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art. 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare): .....

**Tipologia della pretesa risarcitoria:**

- Decesso
- Altro (specificare): .....

**MODULO DI PROPOSTA**  
**POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE**  
**STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE**



**Dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:**

Luogo dell'evento: .....  
 Età del paziente: .....  
 Data dell'evento: .....  
 Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: .....  
 Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: .....  
 Chiamata in causa:     della Struttura             del personale sanitario             di entrambi  
 Ulteriori dettagli .....

**Stato del sinistro**

È in corso un procedimento penale ?  
 **NO**  
 **Sì indicare:**  
 Imputazione: .....  
 Stato e grado del procedimento: .....

**Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indicare:**

Condanna a (specificare): .....  
 Patteggiamento (specificare): .....  
 Assoluzione Proscioglimento: .....  
 Non luogo a procedere / Prescrizione  
 Amnistia / indulto  
 Decreto penale di condanna: .....

**Qualora sia in corso un procedimento civile ovvero si sia concluso, in caso di accoglimento della domanda attorea indicare l'ammontare del danno liquidato e in caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.**

.....  
 .....  
 .....

**Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, indicare lo stato attuale dello stesso:**

.....  
 .....  
 .....

**RIEPILOGO SITUAZIONE SINISTRI**

ANNO	N. SINISTRI LIQUIDATI	IMPORTO TOTALE SINISTRI LIQUIDATI	N. SINISTRI RISERVATI	IMPORTO SINISTRI RISERVATI	N. SINISTRI A RISERVA DI IMPORTO NON NOTO
IN CORSO					
I PRECEDENTE					
II PRECEDENTE					
III PRECEDENTE					

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Sara Assicurazioni S.p.A..

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: ..... Cognome: ..... Qualifica .....

Luogo e data: ..... Timbro e firma: .....