

Questionario per la richiesta di quotazione della **Responsabilità civile Professionale Medico Specialista, Medico Veterinario, Medico Neolaureato o specializzando, Operatore Sanitario non Medico**

Importante: Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo

Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)

- Medico Specialista Medico Veterinario Operatore Sanitario non Medico
- Medico Neolaureato e specializzando con sconto del 35% (*)

() Tale agevolazione viene riconosciuta ai laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio è valido per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età*

INFORMAZIONI GENERALI

a) Se il contraente è uno Studio Associato o una Società indicare:

Ragione Sociale: _____

Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di costituzione: _____

allegare elenco persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione completo di data di iscrizione all'albo

b) Se il contraente è medico individuale indicare:

Cognome e Nome: _____

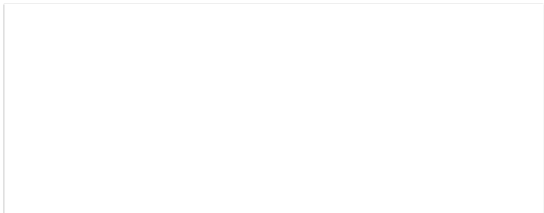
Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di nascita / Luogo di nascita: _____

Iscrizione all'Albo _____

c) Dati generali:

Indirizzo: Via/Piazza/Corso: _____



C.A.P./Località/Provincia: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. Telefonico N. cellulare: _____

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

€750,000 €1,000,000 €1,500,000 €2,000,000

Franchigia: per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa di € 500,00

Indicare se si richiede una franchigia maggiore € 1.000 (sconto 10%) € 2.500 (sconto 20%)

Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione

✓	Medici Specializzati	✓	Operatori Sanitari non medici
	Allergologia ed Immunologia Clinica		Analista al microscopio
	Audiologia e foniatría		Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
	Biochimica e chimica clinica		Consulente della riabilitazione
	Biologia		Fisico Medico
	Ematologia		Fisioterapista
	Igiene e medicina preventiva		Informatore scientifico della salute/ Informatore medico scientifico
	Immunologia		Ingegnere biomedico
	Medicina del lavoro		Massoterapista
	Medicina dello sport		Musico Terapista
	Medicina di base		Operatori Socio Sanitari
	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria		Optometrista
	Medicina generale		Ortesista / Protesista
	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche		Ortopedista
	Medico codificatore di storia clinica del paziente		Ortottista - Assistente di oftalmologia
	Medico Farmacista		Paramedico
	Medico Terapista della respirazione		Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
	Neurofisiopatologo		Dott in scienze motorie-Personal trainer
	Pediatra (esclusi pazienti prima 60 gg - neonatologia e rianimazione)		Scienza della alimentazione/Dietologo / Nutrizionista
	Psichiatria/Clinica Psichiatrica/ Psicologia Clinica		Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
	Veterinaria		Sonografista, Ecografista
	Amministratore di Struttura Sanitaria		Tecnico Addetto di Farmacia
			Tecnico degli ultrasuoni
			Tecnico di medicina nucleare
			Tecnico ECG
			Tecnico Sanitario di Radiologia Medica



Terapista del lavoro

Garanzie aggiuntive richieste

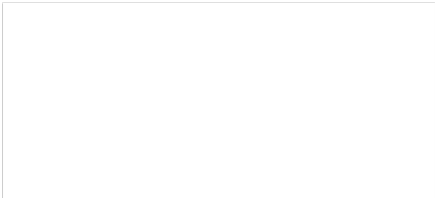
Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) (Art. 26) premio Euro 180,00 e massimale fisso Euro 1.000.000,00
Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento 50%)

SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

Altre assicurazioni e precedenti assicuratori

Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio



<p>Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?</p> <p>in caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) <i>Nome degli Assicuratori</i> _____ <i>Numero di polizza</i> _____</p> <p>(b) <i>Massimale assicurato</i> € _____</p> <p>(c) <i>Franchigia</i> € _____</p> <p>(d) <i>Data di scadenza</i> _____</p> <p>(e) <i>Numero di anni di copertura precedente continua</i> _____</p> <p>Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

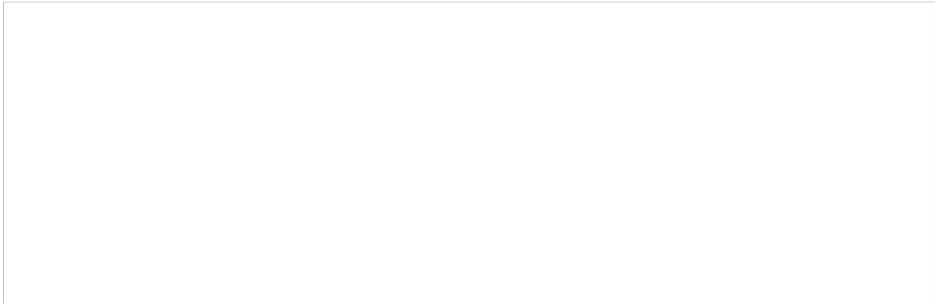
DICHIARAZIONE

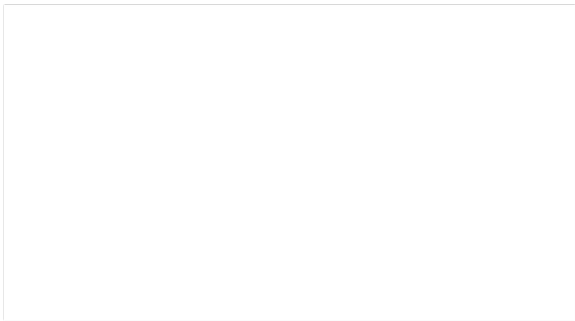
Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e in caso di studi associati o società a nome di tutti coloro che devono essere assicurati come da elenco allegato:

- 1. di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
- 2. di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
- 3. di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
- 4. che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
- 5. di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
- 6. di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento ISVAP n. 5/2006.
- 7. Dichiaro di essere in possesso ed aver preso visione del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'ISVAP, al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
- 8. di aver preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi

Nome e Cognome/Ragione sociale : _____

Data : _____ **Firma** _____





Io sottoscritto/a

(prego indicare nome e cognome leggibili)

dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il
FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'art. 32 punto 2 del
Regolamento n. 35 dell'ISVAP.

Data

___/___/_____

Firma

