

**Questionario per la richiesta di quotazione della  
Responsabilità civile Professionale Medico Specialista,  
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. UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

**Sezione A: Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)**

- Medico Specialista  
 Operatore Sanitario non Medico  
 Medico Neolaureato e/o 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

**Sezione B: DATI PROPONENTE**

**1) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Codice fiscale / P. IVA: \_\_\_\_\_

Data di costituzione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inizio attività \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Completare la tabella con l'elenco delle persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione:

NOME E COGNOME	SPECIALIZZAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	DATA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO/ABILITAZIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	LP

Legenda: LP-LIBERO PROFESSIONISTA

**2) Se il contraente è singolo professionista indicare:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale / P. IVA: \_\_\_\_\_

Data di nascita / Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data iscrizione all'Albo/Abilitazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inizio attività \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3) Dati generali (da compilare sempre con i dettagli di ciascuna sede legale ed operativa): Numero sedi totali: \_\_\_\_\_**

INDIRIZZO SEDI	CAP	LOCALITÀ	PROV	SL	SO	RC CS

Legenda: SL Sede Legale – SO Sede Operativa -RC CS (Rc conduzione dello studio si veda la domanda C 5 e – se è richiesta l'estensione indicare per quali sedi)

Indirizzo e-mail e/o indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

N. Telefonico N. cellulare: \_\_\_\_\_

**Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**
**1) Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione:**

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Medici Specializzati</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Operatori Sanitari non medici</b>
M	Allergologia e Immunologia Clinica	P	Analista al microscopio
M	Anatomia patologica	P	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
M	Andrologo	P	Community care (cure assistenziali)
M	Angiologia	P	Consulente della riabilitazione
M	Audiologia e foniatría	P	Dietologo/Nutrizionista/Dietista
M	Biochimica e chimica clinica	P	Epidemiologo
M	Biologia e specializzazioni varie	P	Fisico Medico
M	Cardiologia ambulatoriale senza atti invasivi	P	Ingegnere biomedico
M	Dermatologia e Venereologia	P	Logopedista
M	Diabetologia	P	Massoterapista/Massofisioterapista
M	Ematologia	P	Musico Terapista
M	Endocrinologia e malattie del ricambio	P	Operatori Socio Sanitari
M	Epatologia	P	Optometrista
M	Gastroenterologia ambulatoriale senza atti invasivi	P	Ortesista / Protesista
M	Geriatría - in RSA Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	P	Ortopedista
M	Igiene e medicina preventiva	P	Ortottista - Assistente di oftalmologia
M	Immunologia	P	Paramedico
M	Infermiere diplomato/laureato	P	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
M	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	P	Psicologia
M	Malattie infettive e/o malattie tropicali	P	Tecnico Addetto di Farmacia
M	Medicina aeronautica e spaziale	P	Tecnico Audiometrista
M	Medicina del lavoro	P	Tecnico Audioprotesista
M	Medicina dello sport – esclusi professionisti sportivi**	P	Tecnico degli ultrasuoni
M	Medicina di base	P	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
M	Medicina d'urgenza senza atti invasivi	P	Tecnico di apparecchi acustici
M	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatría	P	Tecnico di camera iperbarica
M	Medicina generale	P	Tecnico di laboratorio
M	Medicina Interna senza atti invasivi	P	Tecnico di medicina nucleare
M	Medicina legale	P	Tecnico di Neurofisiopatologia
M	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche	P	Tecnico ECG
M	Medico codificatore di storia clinica del paziente	P	Tecnico ortopedico
M	Medico Farmacista	P	Tecnico prevenzione ambiente e sicurezza luoghi di lavoro
M	Medico Terapista della respirazione	P	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
M	Medico veterinario (no animali da allevamento e da competizione)	P	Terapista del lavoro
M	Nefrologia	P	Terapista della neuro e psico motricità età evolutiva
M	Neurofisiopatologo	P	Terapista occupazionale
M	Neuropsichiatria infantile ambulatoriale senza atti invasivi	P	Tossicologo ambientale
M	Oculista/Oftalmologo	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Medicina Olistica</b>
M	Oncologia ambulatoriale senza atti invasivi	O	Cosmetologo – escluso l'uso del laser
M	Otorinolaringoiatría	O	Dott. in scienze motorie - Personal trainer
M	Patologia clinica	O	Fisioterapista
M	Pediatria d libera scelta esclusa neonatologia e rianimazione	O	Kinesiologo
M	Psichiatria/Clinica Psichiatrica	O	Massaggiatore
M	Psicologia clinica	O	Medicina Ayurvedica
M	Reumatologia	O	Medicina tradizionale Cinese
M	Scienza della alimentazione/Dietologia	O	Naturopata/Nutripuntore
M	Tossicologia medica	O	Omeopata
M	Urologia senza atti invasivi	O	Omotossicologo
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Medicina Olistica</b>	O	Osteopata
O	Agopunturista	O	Podologo
O	Bionaturopata	O	Pranoterapeuta
O	Chiropratico	O	Riflessologo

**\*\*Da compilare solo in caso di Medicina dello sport:** Il medico ha mai esercitato, esercita o avrà contratti in ambito sportivo per professionisti, dilettanti e categorie parificate e/o equivalenti? **Si**  **No**

**N.B.** In caso di risposta affermativa il rischio non è assumibile.

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

- €250.000   
 €500.000   
 €750.000   
 €1.000.000   
 €1.500.000   
 €2.000.000  
 altro (riservato direzione) € \_\_\_\_\_

**3) Franchigia\*** per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa di € 500,00 (In assenza di sinistri e/o circostanze note). Indicare se si richiede una franchigia maggiore (Sconto applicabile in assenza di sinistri e/o circostanze note)

€ 1.000 (sconto 10%)                       € 2.500 (sconto 20%)

**\*N.B.** per i neolaureati e/o specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà, in assenza di sinistri e/o circostanze note, del 35%.

**4) Retroattività\*\***

**\*\*N.B.** la retroattività non potrà essere inferiore alla data iscrizione albo (se applicabile) altrimenti alla data inizio attività (per categorie senza albo di riferimento), se la data è maggiore ad anni 10 la retroattività sarà 10 anni.

**5) Garanzie aggiuntive:**

a) Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio € 180,00 e massimale fisso € 1.000.000,00

b) Rc conduzione dello studio - Numero sedi per il quale si richiede copertura: \_\_\_\_\_  
massimale € 250.000,00 scoperto 10% min. € 1.000,00 (aumento minimo € 350)

**6) Da compilare sempre:**

- a) Il contraente/assicurato è soggetto per Legge a far firmare al paziente il consenso informato? **Si**  **No**
- a1) In caso affermativo fa firmare al paziente il consenso informato? **Si**  **No**
- b) Il contraente/assicurato svolge attività di medico a chiamata **Si**  **No**
- b1) In caso affermativo indicare la percentuale delle ore a chiamata sul totale delle ore di lavoro \_\_\_\_\_ %
- c) Svolge attività invasive in regime di libera prestazione? **Si**  **No**
- d) Ha svolto prima del 2017 attività invasive come libero professionista sia presso il proprio studio che presso cliniche private? **Si**  **No**

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 5)**

1) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro Rc professionale?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
2) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> negli ultimi 5 anni per Responsabilità Civile Professionale?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
3) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
4) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

**Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

1) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Rc professionale? Se SI fornire dettagli _____ _____	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>RC Professionale</b> ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

**DICHIARAZIONE**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 dell'IVASS 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.
- 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 allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO 1

**SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto alla Sezione D (1-2-3-4) della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

**A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alla Sezione D:**

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente alla Sezione D del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Procedimento penale
- Procedimento amministrativo
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

**B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo**

- Data Ricezione Della Notifica \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_  Data dell'evento: \_\_\_\_\_  Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato: **Si**  **No**
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza: \_\_\_\_\_

**C) Stato del sinistro**

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si**  **No**

Se si: Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

---

---

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

---

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

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 Underwriting Insurance Agency Srl.

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.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

---