

**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

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*

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale 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

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

Legenda: LP-LIBERO PROFESSIONISTA DS- NUMERO STRUTTURE DIREZIONE SANITARIA

b) 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: _____

c) Dati generali (da compilare sempre):

Indirizzo: Via/Piazza/Corso: _____

C.A.P./Località/Provincia: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. Telefonico N. cellulare: _____

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Medici Specializzati	<input checked="" type="checkbox"/>	Operatori Sanitari non medici
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 foniatria	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	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/Fisiatria	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
<input checked="" type="checkbox"/>	Medici Specializzati	<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Olistica
M	Oculista/Oftalmologo	O	Chiropratico
M	Oncologia ambulatoriale senza atti invasivi	O	Cosmetologo – escluso l'uso del laser
M	Otorinolaringoiatria	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
		O	Osteopata
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Olistica	O	Podologo
O	Agopunturista	O	Pranoterapeuta
O	Bionaturopata	O	Riflessologo

e) 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

f) 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%)

***N.B. per i neolaureati e/o specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà del 35%.**

g) Retroattività (indicare la retroattività richiesta)

da data di decorrenza

1 anno (senza sovra premio)

2 anni (senza sovra premio)

5 anni premio + 30%

10 anni premio + 40%

h) Garanzie aggiuntive:

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

Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 50% - estensione soggetta a verifiche)

Si tratta di RSA? Si No

Indicare la Struttura/e Sanitaria/e presso la/e quale/i svolge l'attività di Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (Nome/i ed indirizzo/i) e data di inizio incarico:

--

Rc conduzione dello studio

2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

NB: In caso di almeno una risposta affermativa prego compilare l'allegato 1

a) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro Rc professionale?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
b) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri negli ultimi 5 anni per Responsabilità Civile Professionale?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
c) 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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
d) 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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

<p>a) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la RC Professionale?</p> <p>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) Nome degli Assicuratori _____ Numero di Polizza _____</p> <p>(b) Massimale assicurato € _____</p> <p>(c) Franchigia € _____</p> <p>(d) Data di scadenza _____</p> <p>(e) Numero di anni di copertura precedente continua _____</p> <p>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.</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Rc professionale?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

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, fatto salvo quanto indicato al punto 2;
2. Di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento, fatto salvo quanto indicato al punto 2;
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 allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche ed integrazioni;
7. 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;
8. Di aver preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi.

Nome e Cognome/Ragione sociale: _____

Data _____

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 di cui al punto 2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA _____

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui al punto 2:

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 al punto 2 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
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

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

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

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'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:

D) 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.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

ALLEGATO N°2**NO CLAIMS DECLARATION – DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ____/____/____, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
