

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA

ATTIVITÀ ESERCITATA
 SPECIALIZZAZIONE
 (sono indicate tutte le specializzazioni
 esercitate):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Allergologia ed Immunologia Clinica | <input type="radio"/> Medico del Servizio di Emergenza Sanitaria |
| <input type="radio"/> Anatomia Patologica | <input type="radio"/> Medicina Generale |
| <input type="radio"/> Andrologia | <input type="radio"/> Medicina Interna |
| <input type="radio"/> Angiologia | <input type="radio"/> Medicina Legale e delle Assicurazioni |
| <input type="radio"/> Audiologia e Foniatria | <input type="radio"/> Medicina Generica o di Base |
| <input type="radio"/> Dermatologia e Venereologia (esclusa la Medicina Estetica) | <input type="radio"/> Nefrologia |
| <input type="radio"/> Diabetologia e Malattie Metaboliche | <input type="radio"/> Neurologia |
| <input type="radio"/> Ematologia | <input type="radio"/> Neuropsichiatria (anche Infantile) |
| <input type="radio"/> Endocrinologia e Malattie del Ricambio | <input type="radio"/> Oftalmologia |
| <input type="radio"/> Epatologia | <input type="radio"/> Patologia Clinica (esclusa effettuazione di Analisi Genetiche) |
| <input type="radio"/> Geriatria | <input type="radio"/> Pediatria (esclusa Neonatologia e Rianimazione) |
| <input type="radio"/> Igiene e Medicina Preventiva | <input type="radio"/> Pediatria di Libera Scelta |
| <input type="radio"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio/Pneumologo | <input type="radio"/> Psichiatria |
| <input type="radio"/> Malattie Infettive | <input type="radio"/> Reumatologia |
| <input type="radio"/> Medicina del Lavoro compresa attività Medico Competente –
Ispettore Sanitario | <input type="radio"/> Scienza dell'Alimentazione/Dietologia |
| <input type="radio"/> Medicina dello Sport | <input type="radio"/> Tossicologia Medica |
| <input type="radio"/> Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria | <input type="radio"/> Urologia |
| <input type="radio"/> Medicina Termale/Idrologia | |
| <input type="radio"/> Neolaureato: L'assicurato dichiara di non essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi da oltre 3 anni e di non aver compiuto i 34 anni di età | |
| <input type="radio"/> Specializzando in una delle attività/specializzazioni sopra riportate | |

ANNO INIZIO ATTIVITÀ:		NUMERO ISCRIZIONE ALBO:		ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:					
FRANCHIGIA:					
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:					
RETROATTIVITÀ (anni):					

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
LIBERO PROFESSIONISTA – CONVENZIONATO SSN - EXTRAMOENIA		
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PUBBLICA		STRUTTURA PUBBLICA:
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PRIVATA		STRUTTURA PRIVATA:

Altre attività

(le attività e funzioni di seguito elencate se non selezionate non sono coperte)

ATTIVITÀ	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
DANNI ALLE ATTREZZATURE DI LABORATORIO		
DANNI PATRIMONIALI – FORMULA ESTESA		
MEDICINA ESTETICA		PRESENTAZIONE DI ATTESTAZIONE DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE SPECIFICA
MEDICI FREQUENTATORI		STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA: REPARTO:
DIRETTORE SANITARIO		STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA:

Soggetti assicurati

(in caso di Studio Associato o soggetto equiparato indicare tutti i professionisti che agiscono in nome e per conto del Contraente/Assicurato)

Assicurati							
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE	ATTIVITA' SPECIALIZZAZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale							
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA	

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;**
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che**
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....