

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: \_\_\_\_\_

**Alligare 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	ANNO 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: \_\_\_\_\_

Data iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_

**c) Dati generali:**

Indirizzo: Via/Piazza/Corso: \_\_\_\_\_

C.A.P./Località/Provincia: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

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

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

√	Medici Specializzati	√	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 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	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 iberbarica
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

√	Medici Specializzati	√	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
√	Medicina Olistica	O	Podologo
O	Agopunturista	O	Pranoterapeuta
O	Bionaturopata	O	Riflessologo

**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

**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 gli specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà del 35%.**

**Retroattività:**

- da data di decorrenza  
 1 anno (senza sovra premio)  
 2 anni (senza sovra premio)  
 5 anni premio + 30%  
 10 anni premio + 40%

**Garanzie aggiuntive:**

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

## 2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

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

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

### 3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

Esiste altra Polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare:  (a) Nome degli Assicuratori _____ Numero di polizza _____ (b) Massimale assicurato € _____ (c) Franchigia € _____ (d) Data di scadenza _____ (e) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
Il proponente 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
Il proponente 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

#### 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:

- di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
- di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
- di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
- 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 IVASS n. 5/2006.
- 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'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 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

\_\_\_\_\_