

Questionario per la richiesta di quotazione della
**Responsabilità civile Professionale Medico Specialista, Veterinari,
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
 Veterinario
 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	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: _____

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:

- 2 anni (se la data di iscrizione all'albo è inferiore, data iscrizione albo) senza sovra premio**
 5 anni premio + 30%
 10 anni premio + 40%

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

Medici Specializzati			
med	Allergologia ed Immunologia Clinica	med	Medicina generale
med	Anatomia patologica	med	Medicina Interna esclusione Cardiologia e Gastroenterologia
med	Andrologo	med	Medicina legale
med	Angiologia/Flebologia	med	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche,
med	Audiologia e foniatra	med	Medico codificatore di storia clinica del paziente
med	Biochimica e chimica clinica	med	Medico Terapista della respirazione
med	Biologia e specializzazioni varie	med	Nefrologia
med	Cardiologo ambulatoriale esclusi atti invasivi	med	Neurofisiopatologo
med	Dermatologia e Venereologia	med	Neurologia
med	Diabetologo	med	Neuropsichiatria/Neuropsichiatria infantile
med	Ematologia	med	Oculista
med	Endocrinologia e malattie del ricambio	med	Omeopata
med	Epatologia	med	Oncologo
med	Farmacologo/Medico farmacista	med	Ortopedico
med	Gastroenterologo ambulatoriale esclusi atti invasivi	med	Otorino
med	Geriatria	med	Patologia clinica
med	Ginecologo ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita	med	Pediatra di libera scelta (esclusa neonatologia, rianimazione)
med	Igiene e medicina preventiva	med	Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 giorni di vita
med	Immunologia	med	Psichiatria/Clinica Psichiatrica
med	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	med	Psicologia clinica
med	Malattie infettive/Malattie Tropicali	med	Psicologo
med	Medicina aeronautica e spaziale	med	Radiologo
med	Medicina d'urgenza senza atti invasivi	med	Reumatologia
med	Medicina del lavoro	med	Senologo
med	Medicina dello sport	med	Veterinari solo animali domestici e di compagnia (no animali da competizione)
med	Medicina di base	med	Veterinari animali domestici e di compagnia e animali da allevamento (no animali da competizione)
med	Medicina di comunità	med	Urologo
med	Medicina estetica senza atti invasivi	med	Neolaureato e specializzando (nei primi 4 anni d'iscrizione)
med	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	med	Direttore di Struttura Sanitaria

Operatori Sanitari non medici			
par	Analista al microscopio	par	Ortesista / Protesista
par	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	par	Ortopedista
par	Consulente della riabilitazione/Osteopata	par	Ortottista - Assistente di oftalmologia
par	Farmacista	par	Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita
par	Fisico Medico	par	Paramedico
par	Fisioterapista	par	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
par	Igiene degli alimenti	par	Personal trainer
par	Infermiere	par	Radioterapista
par	Informatore scientifico della salute, informatore medico scientifico	par	Dosimetrista
par	Ingegnere biomedico	par	Scienza della alimentazione/Dietologia
par	Ispettore Sanitario	par	Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
par	Massoterapista	par	Sonografista, Ecografista
par	Medicina non convenzionale (agopuntura, med. tradizionale cinese, med. Ayurvedica, med. Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia)	par	Tecnico degli ultrasuoni
par	Musico Terapista	par	Tecnico di medicina nucleare
par	Naturopata	par	Tecnico ECG
par	Oftalmologo	par	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
par	Operatori Socio Sanitari (OSS, OSA, ASA, OTA)	par	Terapista del lavoro
par	Optometrista	par	Tossicologia medica

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%)

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

- Estensione territoriale Unione Europea +20%

2. 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

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

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

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
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
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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il proponente 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
Il proponente 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

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 allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.
- 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 preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi fatto salvo quanto normato all'art. 28.

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 alle 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 sì: 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
