

**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 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 | DATA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO/ABILITAZIONE | LP | DS | T |
|----------------|------------------|------------------------------|--|----|----|---|
|                |                  |                              |  |    |    |   |
|                |                  |                              |  |    |    |   |
|                |                  |                              |  |    |    |   |

**Legenda:** LP- LIBERO PROFESSIONISTA      DS- NUMERO STRUTTURE DIREZIONE SANITARIA      T- PERITO DEL TRIBUNALE

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

€250,000     €500,000     €750,000     €1,000,000     Altro \_\_\_\_\_

**e) 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%.**

**f) Retroattività** (indicare la retroattività richiesta):

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

**g) Indicare la specializzazione per la quale si richiede l'assicurazione:**

**NB: per l'esclusione degli atti invasivi si veda deroga all'art. 28 del testo di polizza**

| <b>Medici Specializzati e Specializzandi/Neolaureati</b> |   |     |   |
|--|---|-----|---|
| 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  | Geriatra  | 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 | Radiologo   |
| med  | Medicina aeronautica e spaziale   | med | Reumatologia  |
| med  | Medicina d'urgenza senza atti invasivi  | med | Scienza della alimentazione/Dietologia  |
| 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**indicare i dettagli al punto 1h)                                |
| <b>Operatori Sanitari non medici</b>                     |   |     |   |
| par  | Analista al microscopio   | par | Paramedico  |
| par  | Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo  | par | Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone  |
| par  | Bionaturopata   | par | Personal trainer  |
| par  | Chiropratico  | par | Podologo  |
| par  | Consulente della riabilitazione/Osteopata   | par | Pranoterapeuta  |
| par  | Cosmetologo   | par | Psicologo   |
| par  | Dosimetrista  | par | Radioterapista  |
| par  | Epidemiologo  | par | Riflessologo  |
| par  | Farmacista  | par | Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti   |
| par  | Fisico Medico   | par | Sonografista, Ecografista   |
| par  | Fisioterapista  | par | Tecnico Addetto di Farmacia   |



|                                      |  |     |   |
|--------------------------------------|--|-----|---|
| par                                  | Igiene degli alimenti  | par | Tecnico Audiometrista                                     |
| <b>Operatori Sanitari non medici</b> |  |     |   |
| par                                  | Infermiere   | par | Tecnico Audioprotesista                                   |
| par                                  | Informatore scientifico della salute, informatore medico scientifico   | par | Tecnico degli ultrasuoni                                  |
| par                                  | Ingegnere biomedico  | par | Tecnico della riabilitazione psichiatrica                 |
| par                                  | Ispettore Sanitario  | par | Tecnico di apparecchi acustici                            |
| par                                  | Kinesiologo  | par | Tecnico di camera iperbarica                              |
| par                                  | Logopedista  | par | Tecnico di laboratorio                                    |
| par                                  | Massaggiatore  | par | Tecnico di medicina nucleare                              |
| par                                  | Massoterapista   | par | Tecnico di Neurofisiopatologia                            |
| par                                  | Medicina non convenzionale (agopuntura, med. tradizionale cinese, med. Ayurvedica, med. Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia) | par | Tecnico ECG   |
| par                                  | Musico Terapista   | par | Tecnico ortopedico  |
| par                                  | Naturopata   | par | Tecnico prevenzione ambiente e sicurezza luoghi di lavoro |
| par                                  | Oftalmologo  | par | Tecnico Sanitario di Radiologia Medica                    |
| par                                  | Operatori Socio Sanitari (OSS, OSA, ASA, OTA)  | par | Terapista del lavoro                                      |
| par                                  | Optometrista   | par | Terapista della neuro e psico motricità età evolutiva     |
| par                                  | Ortesista / Protesista   | par | Terapista occupazionale                                   |
| par                                  | Ortopedista  | par | Tossicologia medica                                       |
| par                                  | Ortottista - Assistente di oftalmologia  | par | Tossicologo ambientale                                    |
| par                                  | Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita                                |     |   |

**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

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:

---

- Perito del tribunale
- Estensione territoriale Unione Europea (aumento 20%)

**i) Tutela legale:** Si  No

**1) Tipologia di attività (da compilare solo se l'assicurato è medico):**

- Medico SOLO AMBULATORIALE CHE NON EFFETTUA ALCUN INTERVENTO INVASIVO
- Medico CHE NON EFFETTUA INTERVENTI CHIRURGICI O EFFETTUA PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI E/O AMBULATORIALI

**2) Tipologia di copertura:**

- COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) con libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti
- COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) senza libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti

**3) Massimale richiesto:**

- €5.000     €10.000     €15.000     €20.000     €25.000     altro massimale € \_\_\_\_\_ (richiesta direzionale)

**4) Estensioni richieste:**

- Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 20%)
  - Colpa grave (aumento 20%) *dipendente pubblico presso l'Ente/Struttura e data inizio incarico:*
- 

- Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo (12 mesi in luogo dei 6 mesi contrattualmente previsti) (aumento 20%)



**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 <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Rc professionale e/o tutela legale)?                         | <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br>Se si allegare dettaglio |
| b) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> negli ultimi 5 anni (Rc professionale e/o tutela legale)?  | <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br>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?                       | <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br>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? | <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br>Se si allegare dettaglio |

**3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI**

|   |   |
|---|---|
| a) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>RC Professionale</b> ?<br>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:<br>(a) <i>Nome degli Assicuratori</i> _____<br><i>Numero di Polizza</i> _____<br>(b) <i>Massimale assicurato</i> € _____<br>(c) <i>Franchigia</i> € _____<br>(d) <i>Data di scadenza</i> _____<br>(e) <i>Numero di anni di copertura precedente continua</i> _____<br>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"/>                             |
| b) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>Tutela Legale</b> ?<br>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:<br>(a) <i>Nome degli Assicuratori</i> _____<br><i>Numero di Polizza</i> _____<br>(b) <i>Massimale assicurato</i> € _____<br>(c) <i>Franchigia</i> € _____<br>(d) <i>Data di scadenza</i> _____<br>(e) <i>Numero di anni di copertura precedente continua</i> _____<br>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"/>                             |
| c) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Rc professionale e/o tutela legale?  | <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/><br>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, fatto salvo quanto indicato al punto 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;
- 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 successive modifiche ed integrazioni;
- 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
- 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) \_\_\_\_\_

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 "rivalizzare" 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

\_\_\_\_\_