

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE		
INDIRIZZO	P.IVA		
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	

ATTIVITÀ ESERCITATA SPECIALIZZAZIONE (sono indicate tutte le specializzazioni esercitate):	☐ Allergologia ed Immunologia Clinica	☐ Medico del Servizio di Emergenza Sanitaria
	☐ Anatomia Patologica	☐ Medicina Interna
	☐ Andrologia	☐ Medicina Legale e delle Assicurazioni
	☐ Angiologia	☐ Medicina Generica o di Base (medicina generale)
	☐ Audiologia e Foniatria	☐ Nefrologia
	☐ Dermatologia e Venereologia (esclusa la Medicina Estetica)	☐ Neurologia
	☐ Diabetologia e Malattie Metaboliche	☐ Neuropsichiatria (anche Infantile)
	☐ Ematologia	☐ Oftalmologia
	☐ Endocrinologia e Malattie del Ricambio	☐ Patologia Clinica (esclusa effettuazione di Analisi Genetiche)
	☐ Epatologia	☐ Pediatria (esclusa Neonatologia e Rianimazione)
	☐ Geriatria	☐ Pediatria di Libera Scelta
	☐ Igiene e Medicina Preventiva	☐ Psichiatria
	☐ Malattie dell'Apparato Respiratorio/Pneumologo	☐ Reumatologia
	☐ Malattie Infettive	☐ Scienza dell'Alimentazione/Dietologia
	☐ Medicina del Lavoro compresa attività Medico Competente – Ispettore Sanitario	☐ Tossicologia Medica
	☐ Medicina dello Sport	☐ Urologia
	☐ Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria	
	☐ Medicina Termale/Idrologia	
	☐ 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	
	☐ 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 (o anche in epoca antecedente qualora le suddette richieste di risarcimento e/o azioni perdurino a tutt'oggi o siano terminate sempre nell'arco degli ultimi 5 anni), anche se non notificate all'Assicuratore. I seguenti sinistri sono esclusi dalla copertura.					
DATA EVENTO	DATA PRIMA RICHIESTA DI RISARCIMENTO	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. Le seguenti circostanze si intendono escluse dalla copertura se non diversamente pattuito.

DATA EVENTO

STATO DELL'EVENTO

DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Avvertenza: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la Conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

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 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, l'Assicuratore presterà l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;

Data

Firma del Proponente/Contraente

- (III) di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo di cui al Regolamento IVASS 41/2018: DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni e Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario, oltre al Questionario di Proposta, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole e prima della sottoscrizione del Questionario stesso;

Data

Firma del Proponente/Contraente

- (IV) dichiara di aver letto attentamente e di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.1 – Validità temporale delle garanzie – Clausola Claims made
 Art. 1.3 – Altre Assicurazioni – secondo rischio
 Art. 1.6 – Recesso in caso di Richiesta di risarcimento
 Art. 1.7 – Durata e Rinnovo dell'Assicurazione
 Art. 1.11 – Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di risarcimento / Circostanza
 Art. 1.16 – Reclami
 Art. 1.17 – Sanzioni e Embargo
 Art. 2.9 – Limiti di indennizzo – franchigia/scoperto
 Art. 2.12 – Esclusioni

Data

Firma del Proponente/Contraente

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 l'ASSICURATORE 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 l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Data

Firma del Proponente/Contraente

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa sulla privacy (Reg. UE 2016/679) acconsente al trattamento dei propri dati personali, delle categorie particolari di dati quali quelli sulla salute nonché eventuali dati giudiziari, da parte di Sogessur S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data

Firma del Proponente/Contraente