

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	

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

<input type="radio"/> Allergologia ed Immunologia Clinica <input type="radio"/> Anatomia Patologica <input type="radio"/> Andrologia <input type="radio"/> Angiologia <input type="radio"/> Audiologia e Foniatria <input type="radio"/> Dermatologia e Venereologia (esclusa la Medicina Estetica) <input type="radio"/> Diabetologia <input type="radio"/> Ematologia <input type="radio"/> Endocrinologia e Malattie del Ricambio <input type="radio"/> Epatologia <input type="radio"/> Geriatria <input type="radio"/> Igiene e Medicina Preventiva (esclusi i Dirigenti Medici nominati in caso di epidemie) <input type="radio"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio/Pneumologo <input type="radio"/> Malattie Infettive e Tropicali <input type="radio"/> Medicina del Lavoro compresa attività Medico Competente – Ispettore Sanitario <input type="radio"/> Medicina dello Sport <input type="radio"/> Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria <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	<input type="radio"/> Medicina Termale/Idrologia <input type="radio"/> Medico del Servizio di Emergenza Sanitaria <input type="radio"/> Medicina Interna <input type="radio"/> Medicina Legale e delle Assicurazioni <input type="radio"/> Medicina Generica o di Base (medicina generale) <input type="radio"/> Nefrologia <input type="radio"/> Neurologia <input type="radio"/> Neuropsichiatria (anche Infantile) <input type="radio"/> Oftalmologia, Oculistica <input type="radio"/> Patologia Clinica (esclusa effettuazione di Analisi Genetiche) <input type="radio"/> Pediatria (esclusa Neonatologia e Rianimazione) <input type="radio"/> Psichiatria <input type="radio"/> Reumatologia <input type="radio"/> Scienza dell'Alimentazione/Dietologia <input type="radio"/> Tossicologia Medica <input type="radio"/> Urologia
---	--

ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):	10	

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
<input type="checkbox"/> DANNI ALLE ATTREZZATURE DI LABORATORIO	
<input type="checkbox"/> DANNI PATRIMONIALI – FORMULA ESTESA	
<input type="checkbox"/> MEDICINA ESTETICA (PRESENTAZIONE DI ATTESTAZIONE DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE SPECIFICA)	
<input type="checkbox"/> DIRETTORE SANITARIO	RAGIONE SOCIALE
	P.IVA
	INDIRIZZO
	N° PROFESSIONISTI INCLUSO IL DIRETTORE SANITARIO

Sedi Assicurate

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

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, l' ASSICURATORE presterà 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 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.

Proponente/Contraente.....

Data.....