

# **ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

**Settore Sanitario  
( Medici ed Operatori sanitari )**

## **PROPOSTA – QUESTIONARIO**

1) Cognome e nome :

.....

Luogo e data di nascita:

.....

Codice fiscale

.....

Domicilio

.....

Indirizzo dello studio (se diverso dal domicilio):

.....

Data del diploma di laurea:

.....

Conseguito presso:

.....

Numero e data di iscrizione all'ordine dei medici della provincia/regione:

.....

2) Viene svolta attività presso Enti Ospedalieri Pubblici? si ☐ no ☐

Se sì, indicare presso quale Ente: .....

L'attività è svolta in qualità di: dipendente ☐ altra ☐

3) Attività di libera professione si ☐ no ☐

Se sì, specificare se:

a) in cliniche o strutture private ☐

b) in studio professionale privato ☐

c) *intra moenia* presso l'Ente di cui al punto 2) ☐

In caso di risposta b):

- l'Assicurando ha dipendenti presso lo studio privato? si ☐ no ☐

Se sì, indicare numero e mansioni .....

.....

.....

- presso lo studio privato viene utilizzato materiale radioattivo? sì ☐ no ☐

Se sì, specificare il tipo di materiale utilizzato:

.....  
.....

a scopo diagnostico ☐ a scopo terapeutico ☐

- presso lo studio privato dell'Assicurando vengono usate:

a) apparecchiatura per terapia radiante? sì ☐ no ☐

b) altre apparecchiature (per crioterapia, laserterapia, etc.)? sì ☐ no ☐

se sì, specificare:

.....  
.....  
.....

#### 4) Specializzazioni

tipo

data

presso

.....  
.....  
.....  
.....

#### 5) Il proponente possiede polizze con Cattolica? sì ☐ no ☐

Se sì, indicarne gli estremi:

.....  
.....  
.....

**6) L'attività comporta l'effettuazione di interventi chirurgici? si ☐ no ☐**

Se sì, indicare il numero approssimativo di interventi effettuati nell'ultimo anno solare per specializzazione e struttura in cui vengono effettuati (indicare anche gli interventi di implantologia dentaria):

SPECIALITÀ	OSPEDALI PUBBLICI COME DIPENDENTI	INTRAMOENIA	STRUTTURE PRIVATE	TOTALE

**7) L'Assicurando è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza? si ☐ no ☐**

**8) Chiamata in causa per responsabilità**

a) la responsabilità dell'Assicurando è mai stata chiamata in causa per lo svolgimento della sua attività professionale? si ☐ no ☐

- Se sì, allegare una descrizione dei casi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, ammontare richiesta di risarcimento, esito);

b) L'Assicurando, al momento della firma del presente questionario, è assicurato o è stato in passato assicurato per i rischi derivanti dalla sua professione?

si ☐ no ☐

Se sì, nel caso in cui l'Assicuratore di cui al punto b) sia diverso da quello che sottopone il presente questionario, indicare:

➤ l'indennità di tale assicurazione:

.....

➤ se sono state presentate denunce di sinistro a tale assicuratore si ☐ no ☐,  
se sì, indicare estremi (data del fatto, data denuncia, causa del danno,  
eventuali azioni penali, esito);

➤ se la polizza con tale Assicuratore:

è ancora in vigore? si ☐ no ☐

massimali .....

è stata annullata per sinistro? si ☐ no ☐

è stata rinnovata alla scadenza? si ☐ no ☐

se no, si prega di indicarne le ragioni .....

.....

.....

**09) Massimali richiesti:** .....

## 10) Spazio riservato ad eventuali note dell'Assicurando:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*La compilazione del presente questionario NON impegna alla stipulazione della polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte.*

*Il proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.*

*L'Assicurando dichiara altresì di essere informato, ai sensi della legge 675/96, che i dati raccolti sono trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite una organizzazione ed una logica strettamente correlate alle finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati a: altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione; che alla stessa competono i diritti di cui all'art.13 della legge 675/96; che il titolare del sopradescritto trattamento è Cattolica Assicurazioni Soc. Coop., con sede in Lungadige Cangrande, n° 16 - 37126 Verona.*

*Con la sottoscrizione della presente proposta questionario, preso atto di tale informazione, l'Assicurando acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.*

*Luogo e data .....*

*Firma .....*