



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 si, indicare presso quale Ente:

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

3) Attività di libera professione si ☐ no ☐

Se si, 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 si, indicare numero e mansioni

.....

.....

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

Se si, 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? si ☐ no ☐

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

se si, specificare:

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

4) Specializzazioni

tipo

data

presso

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

5) Il proponente possiede polizze con Cattolica? si ☐ no ☐

Se si, 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 ommesso 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 la Società Cattolica di Assicurazione, con sede in Verona, Lungadige Cangrande, 16.

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