

QUESTIONARIO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

ATTIVITA' SANITARIE

Avvertenza:

Il presente questionario si riferisce ad una copertura prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia a copertura delle richieste di risarcimento presentate per la prima volta agli Assicurati durante il periodo di assicurazione e denunciate alla Compagnia durante tale periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta.

Tale questionario rappresenta uno strumento a supporto della trattativa in quanto facilita la raccolta dei dati e delle informazioni necessari a sviluppare una corretta valutazione del rischio.

Qualora a seguito della compilazione del questionario venga emessa la polizza di Responsabilità Civile professionale, la veridicità e la completezza delle informazioni rese saranno considerate essenziali per l'accettazione del rischio assunto dalla Compagnia e formeranno parte integrante del contratto.

A tal fine, il questionario deve essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto dal proponente assicurando unitamente agli altri documenti di polizza (scheda di polizza e questionario emessi da PASS).

1. SEZIONE A – INFORMAZIONI GENERALI PROPONENTE

Cognome e Nome / Ragione sociale _____

Indirizzo (Via / N. Civ. / C.A.P. / Comune / Prov.): _____

Codice Fiscale / P. IVA: _____

Data inizio attività professionale: _____

Data del diploma di laurea: _____

Conseguito presso: _____

Numero e data di iscrizione al relativo Ordine/Albo dei medici/operatori sanitari della provincia/regione: _____

Specializzazione conseguita: _____

2. SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA PROFESSIONE SVOLTA

- Medico Operatore sanitario (non medico)

1. L'attività è svolta presso Enti Ospedalieri/Sanitari Pubblici?

SI NO

Se sì, indicare presso quale Ente: _____

L'attività presso tali Enti è svolta in qualità di:

- Dipendente a tempo pieno senza attività di libera professione
- Dipendente a tempo pieno/a tempo parziale anche con attività intra-moenia e/o extra-moenia
- Consulente senza un rapporto di lavoro continuativo (anche in qualità di Libero Professionista)
- Convenzionato (collegare eventuale diversa definizione nelle cga)
- Specializzando (durante il corso di specializzazione post laurea)
- Tirocinante
- altro (specificare): _____

2. L'attività è svolta presso Enti Sanitari Privati?

SI NO

Se sì, indicare presso quale Ente: _____

L'attività presso tali Enti è svolta in qualità di:

- Dipendente a tempo pieno/parziale
- Libero Professionista
- Specializzando (nel periodo di fruizione del "corso di specializzazione post laurea")
- Tirocinante
- altro (specificare): _____



3. L'attività è svolta in qualità di Libera Professione?

SI NO

Se sì, indicare presso quale Ente/Struttura: _____

Pubblico/a Privato/a Studio/Ambulatorio proprio o associato

Eventuali note: _____

4. L'attività professionale viene svolta dal proponente nella forma di:

- Libero professionista
- Studio associato
- Società di professionisti

Presso lo Studio Associato o la Società tra Professionisti, l'Assicurando ha Dipendenti?

SI NO

L'Assicurando è interessato alla copertura assicurativa R.C.O. per i propri Dipendenti?

SI NO

(Se sì, tale garanzia può essere acquistata con un unico contratto di RC professionale contenente anche il modulo "UFFICI")

L'Assicurando richiede al personale medico/sanitario non dipendente l'esistenza di personali coperture assicurative di RC professionale?

SI NO

Qualora l'attività non venga svolta come singolo Professionista, si prega di fornire i dati di ogni altro Professionista e/o di ogni altro Collaboratore e/o di ogni altro Dipendente con mansioni mediche/sanitarie specifiche (non necessaria indicazione delle mansioni amministrative):

Cognome e Nome	Attività sanitaria svolta	C.F e/o P.IVA	Ordine/Albo Professionale di appartenenza	NR. iscrizione	Data iscrizione



Qualora l'attività non venga svolta come singolo Professionista, si prega di fornire le informazioni sul Fatturato complessivo relativo agli ultimi 3 anni:

- esercizio in corso _____ (previsione annua) € _____
- nell'ultimo esercizio _____ € _____
- nel penultimo esercizio _____ € _____

3. SEZIONE C - INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

1. L'attività svolta comporta l'utilizzo di apparecchiature?

SI NO

(N.B. nel caso di attività odontoiatrica è possibile evitare le indicazioni successive se vengono utilizzati macchinari per i seguenti esami: Radiografia endorale, ortopantomografia (panoramica), TC (Tomografia Computerizzata))

2. Se vengono impiegate apparecchiature, queste ultime utilizzano materiale radioattivo?

SI NO

A scopo terapeutico? Specificare: _____

A scopo diagnostico? Specificare: _____

3. L'utilizzo di apparecchiature è necessario per l'effettuazione di "atti invasivi"?*

SI NO

(es. apparecchiature per terapia radiante o laser utilizzato in oftalmologia etc ...)

* Per **Atti invasivi** si intendono tecniche diagnostiche o terapeutiche che non richiedano l'impiego di anestesia generale e l'accesso alla sala operatoria, che comprendano la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesia. Gastroscopie, rettoscopie, coronarografie, angioplastiche, biopsie in genere non rientrano nella categoria degli "atti invasivi" ma in quella di "interventi chirurgici" così come definiti nelle CGA.

Specificare eventuali note relative all'attività svolta dall'Assicurando:



4. L'assicurando effettua anche attività rientranti nelle seguenti casistiche?
- "IMPLANTOLOGIA DENTALE"
 - "ATTI INVASIVI" (così come definiti nelle cga)
 - "INTERVENTI CHIRURGICI" (così come definiti nelle cga)
 - "MEDICINA ESTETICA" (esclusa chirurgia estetica)
 - INDAGINI e/o DIAGNOSI PRENATALI (esclusa "ricerca e sperimentazione ed analisi/interventi genetici")
 - INCARICHI di "DIRETTORE SANITARIO" di Poliambulatorio o Struttura equivalente
 - INCARICHI di "PRIMARIO " di Struttura Pubblica
 - INCARICHI di "MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. 81-08" (barrare nel caso di incarichi svolti in qualità di libero professionista presso Aziende terze)
 - L'Assicurando esegue la propria attività sempre al di fuori di sala operatoria e sempre senza ricorrere alle seguenti tipologie di anestesia: "generale/totale", oppure "regionale" oppure "spinale (di vario tipo)" oppure "sedazione cosciente"? SI NO

4. SEZIONE D - INFORMAZIONI SULLA COPERTURA ASSICURATIVA

1. Massimale di polizza di Responsabilità Civile professionale richiesto:

€ 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00

€ 2.500.000,00 € 3.000.000,00 € 4.000.000,00 € 5.000.000,00

Altro: _____

2. Garanzie opzionali richieste:

- Direttore sanitario**
presso Struttura denominata _____ P.IVA _____
in qualità di: Dipendente della Struttura Libero Professionista
presso Struttura denominata _____ P.IVA _____
in qualità di: Dipendente della Struttura Libero Professionista
presso Struttura denominata _____ P.IVA _____
in qualità di: Dipendente della Struttura Libero Professionista
- Direttore di struttura – primario**
presso Struttura denominata _____ P.IVA _____
in qualità di: Dipendente della Struttura Libero Professionista
- Incarichi di medico competente – D-lgs n. 81/2008**
(per incarichi svolti in qualità di libero professionista presso aziende terze)
- Medico legale**
- Medicina estetica (esclusa chirurgia estetica)**
- Danni estetici e fisionomici**
- Implantologia**
- Analisi genetiche**



- Commissario di gara**
- DPO**
- Limitazione alla sola rivalsa per colpa grave**
- Retroattività limitata** (in caso di selezione indicare la data: __/__/____)

5. SEZIONE E – INFORMAZIONI SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Indicare attuali coperture assicurative contratte per lo stesso rischio in corso:

COMPAGNIA	
SCADENZA	
MASSIMALE	
FRANCHIGIA	
RETROATTIVITA'	

2. Indicare coperture assicurative contratte per lo stesso rischio annullate:

COMPAGNIA	
DATA ANNULLAMENTO	
MOTIVO ANNULLAMENTO	DISDETTA ASSICURATO <input type="checkbox"/>
	RECESSO COMPAGNIA <input type="checkbox"/>

3. Indicare se negli ultimi 5 anni sono pervenute al Proponente Professionista richieste di risarcimento relativamente alla attività professionale per cui il soggetto è abilitato

SI NO

In caso affermativo indicare gli estremi:

4. Alla data di compilazione del presente questionario, il proponente è a conoscenza di circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento?



5. Il richiedente ed eventualmente i Soci, Titolari e Professionisti dello studio sono mai stati soggetti a sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine/Albo professionale?

SI NO

In caso affermativo esporre sinteticamente i fatti qui di seguito:

6. Negli ultimi 5 anni sono pervenute al richiedente richieste di risarcimento per importi superiori complessivamente ad Euro 25.000,00?

SI NO

In caso affermativo esporre sinteticamente i fatti qui di seguito:

7. Negli ultimi 5 anni sono pervenute al richiedente almeno 2 o più richieste di risarcimento di danni ?

SI NO

In caso affermativo esporre sinteticamente i fatti qui di seguito:

8. L'Assicurando è interessato alla copertura assicurativa dell'attività dello Studio Professionale svolta in forma Associata oppure di una Società tra Professionisti?

SI NO

In caso affermativo esporre sinteticamente i fatti qui di seguito:

6. SEZIONE F – SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI NOTE DEL PREPONENTE



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

A tal fine il proponente dichiara che le affermazioni precedentemente riportate rispondono a verità e che, qualora sorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, ne darà immediata notifica alla Compagnia che potrà ritirare o modificare il preventivo o confermare la copertura assicurativa proposta.

..... , li

IL PROPONENTE/ASSICURANDO

La Compagnia di assicurazione si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario.