

QUESTIONARIO PER L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Medico di base Farmacista Psicologo Podologo Logopedista
 Ortottista Dietista Medico non specializzato Operatore Sanitario non Medico
 Pediatra di libera scelta

1) Informazioni generali:

Nome e Cognome: _____

Codice fiscale / Partita IVA: _____

Indirizzo (Via, Numero Civico, CAP, Località, Provincia): _____

Ubicazione dello Studio (Via, Numero Civico, CAP, Località, Provincia): _____

Anno iscrizione albo: _____ N. iscrizione albo: _____ Albo di: _____

Titolo di studio: _____

Dipendenti e collaboratori iscritti all'Albo professionale:

NOME COGNOME	QUALIFICA PROFESSIONALE	DATA ISCRIZIONE ALBO	SPECIALIZZAZIONE

Numero dipendenti non iscritti all'Albo professionale: _____

2) Il proponente ha avuto in passato polizze di Responsabilità Civile Professionale disdettate da altre Compagnie?

Si No

In caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1 alla Sezione A.

3) Il proponente ha o ha avuto in corso una copertura assicurativa di Responsabilità Civile per l'attività professionale esercitata ?

Si No

In caso affermativo indicare Compagnia, numero di polizza, massimale assicurato, decorrenza, durata, premi, franchigie e condizioni particolari

Allegare copia della polizza di cui sopra.

4) Negli ultimi 5 anni sono pervenute richieste di risarcimento a carico dei professionisti sopra menzionati?

Si No

In caso di risposta affermativa compilare allegato 1 alla Sezione B.

5) Alla data di compilazione del presente questionario, il proponente è a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei confronti dei professionisti sopra menzionati?

Si No

In caso di risposta affermativa compilare allegato 1 alla Sezione B.

6) Altre Compagnie hanno rifiutato la copertura assicurativa relativa al rischio oggetto del presente questionario?

Si No

In caso di risposta affermativa compilare allegato 1 alla Sezione C.

7) Massimale Responsabilità Civile Professionale per sinistro e per anno assicurativo richiesto:

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 750.000,00 € 1.000.000,00

8) Il proponente richiede l'estensione all'attività di guardia medica (solo per medico di base)?

Si No

9) Si richiede l'attivazione della C.P. A Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro?

Si No

10) Il Proponente è proprietario dello Studio dove si svolge l'attività?

Si No

La sottoscrizione del presente Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione; tuttavia, qualora venga prestata la copertura richiesta, le dichiarazioni rese nel questionario, ed il contenuto degli allegati eventualmente consegnati saranno presi a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

Il Proponente dichiara, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1910 C.C., che le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Il Proponente inoltre si impegna a fornire ulteriori informazioni sul rischio da assicurare.

Data ___ / ___ / ___

Firma del Proponente _____

IMPORTANTE

Non sarà possibile rilasciare quotazioni in presenza di questionari non completi, non datati o non sottoscritti dal Proponente. Eventuali quotazioni basate sul presente questionario e relativi allegati avranno validità pari a 30 giorni dalla data di compilazione del questionario stesso.

ALLEGATO N. 1 – INTEGRAZIONE RISPOSTE

Sezione A

Precisare Compagnia, data della disdetta e motivo dell'annullamento relativi a precedenti polizze disdettate:

Sezione B

Indicare le richieste di risarcimento pervenute negli ultimi 5 anni ai professionisti menzionati nel questionario (causale, data, importo richiesta risarcimento, importo risarcimento):

Fornire gli elementi di conoscenza relativi a fatti o circostanze che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei confronti dei professionisti menzionati nel questionario:

Allegare eventuale documentazione/relazione ritenuta utile ai fini della descrizione dei precedenti sinistri o dei fatti o circostanze di cui sopra.

Sezione C

Indicare Compagnia, data e motivo del rifiuto:

Data ___ / ___ / ___

Firma del Proponente _____

