

**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 sottaciuto 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 \_\_\_\_\_

