

PROPOSTA - QUESTIONARIO ASSUNTIVO per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'**OPERATORE del SETTORE SANITARIO**

Il presente questionario è un documento riservato sulla base del quale potrà essere emesso, su richiesta del Proponente e a discrezione della Società, un Contratto Assicurativo a copertura della R.C. Professionale.

Il Proponente conferma che le dichiarazioni da lui rese sono prestate anche per conto degli altri professionisti interessati dalla copertura assicurativa.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. si impegna a trattare le informazioni ivi contenute in accordo con le disposizioni del Decreto Legislativo n. 193 del 30 giugno 2003.

Ha valore di DICHIARAZIONE PRECONTRATTUALE e, nel caso di stipula, si intende acquisito quale parte integrante del contratto.

➤ Da compilare in ogni sua parte con **carattere stampatello leggibile**

Agenzia UnipolSai di _____ Cod. _____

1. DATI DEL PROPONENTE CONTRAENTE

1.1 Dati anagrafici

- Cognome e Nome / Ragione sociale: _____
- Indirizzo (Via / N. Civ. / C.A.P. / Comune / Prov.): _____

- Codice Fiscale / P. IVA: _____

2. INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA DA ASSICURARE

2.1 Professione sanitaria svolta dal Proponente

2.1.1 Esercente la professione sanitaria:

- Medico (compilare il punto 2.5 del questionario)
- Odontoiatra / Medico dentista (compilare il punto 2.6 del questionario)
- Veterinario Farmacista Psicologo Biologo
- Chimico Fisico medico / sanitario Infermiere

2.1.2 Professione Tecnico Sanitaria:

- Tecnico sanitario di radiologia medica Tecnico audiometrista
- Tecnico di neurofisiopatologia Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- Tecnico ortopedico Tecnico audioprotesista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Igienista dentale Dietista

2.1.3 Professione Sanitaria della riabilitazione:

- Podologo Fisioterapista Logopedista
 Ortottista/Assistente di oftalmologia Tecnico riabilitazione psichiatrica
 Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
 Terapista occupazionale Educatore professionale

2.1.4 Professione sanitaria della prevenzione:

- Assistente sanitario Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

2.1.5 Altro Operatore non medico di interesse sanitario:

- Assistente sociale Osteopata Chiropratico Massofisioterapista
 Operatore socio-sanitario Counselor Operatore Shiatsu
 Chinesiologo Esperto di riflessologia plantare
 Altro _____

2.2 In quale forma è svolta l'attività da assicurare?

- Libero professionista con studio ubicato in _____
 senza attività svolta presso Strutture sanitarie pubbliche o private
 con attività svolta anche presso Strutture sanitarie pubbliche o private (*compilare il punto 2.4 del questionario*)
- Dipendente di Struttura sanitaria pubblica (*compilare il punto 2.4 del questionario*):
 In regime di tempo pieno, senza attività libero-professionale
 Con attività libero-professionale intramoenia
 Con attività libero-professionale extramoenia
- Dipendente di Struttura sanitaria privata (*compilare il punto 2.4 del questionario*)
 In regime di convenzione con il S.S.N.
 Studio associato (denominazione): _____

➤ **2.3 Nel caso di Studio associato:**

- Professionisti associati che collaborano nello studio del Proponente:

Cognome e Nome	Qualifica professionale	Anno iscrizione all'Albo

- N. Dipendenti iscritti ad Albo professionale _____
- N. Dipendenti non iscritti ad Albo professionale _____

➤ 2.4 Nel caso di Dipendente / Attività svolta presso una Struttura sanitaria pubblica o privata, precisare:

- La Struttura o Ente (pubblico o privato) presso il quale svolge l'attività il Proponente:

- Ubicazione: _____

- Reparto/Dipartimento: _____

- Qualifica / Incarico ricoperto (*): _____

(*) Ai fini della copertura assicurativa richiesta si precisa che sono escluse le attività di Dirigente medico di struttura sanitaria semplice o complessa (ex Primario ospedaliero), Direttore generale, sanitario o amministrativo, Coordinatore infermieristico, nonché qualsiasi funzione apicale svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.

➤ 2.5 Nel caso di Medico, precisare se trattasi di:

- Medico specializzando in _____

Anno di specializzazione 1° 2° 3° 4° 5° 6°

- Medico "abilitato" senza specializzazione

- Medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (Medico di famiglia / Pediatra di libera scelta):

- Medico specializzato in _____

Per il medico specializzato, precisare gli introiti (*) globali del Proponente riferiti all'ultimo anno solare:

€ _____

(*) Per Introiti si intendono: il Reddito Annuo Lordo (RAL) percepito in qualità di dipendente pubblico o privato (comprensivo dei compensi percepiti per l'attività intramoenia) e/o l'ammontare complessivo del volume d'affari, relativo all'Anno solare precedente, dichiarato ai fini IVA per l'Attività assicurata e per eventuali Attività accessorie (al netto del totale d'imposta sulle operazioni imponibili e dei contributi versati alla Cassa di Assistenza e Previdenza - CPA) percepito in qualità di libero professionista (comprensivo dei compensi percepiti per l'attività extramoenia).

2.5.1 Precisare l'attività professionale effettivamente svolta dal Proponente, comprensiva sia dell'attività sanitaria prevalente sia di eventuali attività sanitarie accessorie.

N.B.: si tratta delle attività per le quali viene richiesta la copertura assicurativa dal Proponente

2.5.2 Il Proponente effettua:

- Servizio in:

Pronto Soccorso Guardia medica Medicina d'urgenza/emergenza 118

Con quale frequenza?

Continua Periodica (precisare) _____

- Trattamenti di natura estetica (esclusa la chirurgia estetica) SI NO

- Atti invasivi (*) diagnostici e/o terapeutici SI NO

(*) Ai fini della copertura assicurativa richiesta per Atti invasivi si intende: *atti medici diagnostici e/o terapeutici praticati senza accesso alla sala operatoria o emodinamica e senza ricorso ad anestesia totale, spinale o epidurale, che prevedono l'inserimento nell'organismo di un idoneo strumentario medico e/o che comportano l'asportazione di tessuti e/o il prelievo biotico per indagini istologiche. Si considerano a tutti gli effetti Atti invasivi la chirurgia refrattiva e le tecniche diagnostiche endoscopiche).*

- Se SI, precisare il tipo di attività svolta e gli strumenti utilizzati: _____

- Interventi chirurgici presso sala operatoria / emodinamica (esclusi gli interventi di chirurgia estetica) SI NO

➤ Se SI, precisare:

- Le strutture sanitarie (pubbliche e/o private) dove vengono effettuati gli interventi _____

- Il numero di interventi chirurgici svolti nel corso dell'anno _____

- La tipologia di interventi svolti (*) _____

(*) Ai fini della copertura assicurativa richiesta si precisa che sono esclusi gli Interventi chirurgici, Atti invasivi e/o trattamenti medici **aventi finalità estetiche**.

➤ **2.6 Nel caso di Odontoiatra / Medico dentista, precisare:**

2.6.1 Gli introiti (*) globali del Proponente riferiti all'ultimo anno solare:

€ _____

(*) Per Introiti si intendono: il Reddito Annuo Lordo (RAL) percepito in qualità di dipendente pubblico o privato (comprensivo dei compensi percepiti per l'attività intramoenia) e/o l'ammontare complessivo del volume d'affari, relativo all'Anno solare precedente, dichiarato ai fini IVA per l'Attività assicurata e per eventuali Attività accessorie (al netto del totale d'imposta sulle operazioni imponibili e dei contributi versati alla Cassa di Assistenza e Previdenza - CPA) percepito in qualità di libero professionista (comprensivo dei compensi percepiti per l'attività extramoenia).

2.6.2 Il Proponente effettua Interventi di implantologia ? SI NO

2.7 Altre informazioni ritenute utili ai fini della valutazione del rischio da assicurare:

3. PRECEDENTI ASSICURATIVI

3.1 Il Proponente ha (o ha avuto) in corso una copertura assicurativa di R.C. Professionale per l'attività esercitata?

SI NO

➤ Se SI, precisare:

• Compagnia _____

• Massimale assicurato _____

• Data decorrenza e scadenza _____

• Eventuale motivo dell'annullamento della copertura assicurativa: _____

3.2 Il Proponente ha denunciato sinistri, ricevuto richieste di risarcimento o è stato coinvolto in procedimenti penali nei 3 anni precedenti la compilazione del presente questionario?

SI NO

➤ Se SI, precisare:

• Data dell'evento: _____

• Tipologia del danno o del presunto danno _____

- Entità della richiesta di risarcimento: € _____
- Stato della richiesta: IN CORSO RISARCITA € _____ SENZA SEGUITO

➤ *Allegare qualsiasi documentazione ritenuta utile ai fini della descrizione dell'evento.*

3.3 Alla data della compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di fatti o elementi che possano far presumere il sorgere di una richiesta di risarcimento nei suoi confronti? SI NO

➤ Se SI, precisare dettagliatamente le circostanze: _____

4. COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

4.1 Massimale di Responsabilità Civile Professionale (R.C.P.):

- € 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000
 € 2.000.000 € 3.000.000
 Altro _____

Massimali per sinistro/anno specifici nel caso sia scelta la copertura assicurativa della sola Colpa grave (Legge Gelli) di cui al punto 4.3 del presente questionario:

- € 100.000/300.000 (*) € 300.000/900.000 € 500.000/1.500.000
 (*) Non previsto per medici e dentisti
 € 1.000.000/3.000.000 (**) € 1.500.000/4.500.000 (**)
 (**) Solo per medici e dentisti

4.2 Eventuali Garanzie supplementari opzionali richieste:

- Proprietà, conduzione e gestione dei locali
 - RC verso i Prestatori di lavoro (RCO)
 - Commissario di gara
 - Componente Organismi di mediazione
 - Firma Elettronica Avanzata
 - Pronto Soccorso e Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica 118 (*)
 - Medicina estetica
 - Attività libero professionale (per medici convenzionati SSN) (**)
- (*) Solo per medici convenzionati S.S.N., medici abilitati, medici specialisti senza atti invasivi e interventi chirurgici, medici specializzandi
 (**) Solo per medici e dentisti

4.3 Eventuale condizioni specifiche richieste:

- Scoperto 10% (*) con il minimo di € 1.500 € 2.500 € 5.000
 € 10.000 € 20.000
 - Limitazione alla sola Colpa grave (Legge Gelli-Bianco)
- (*) Non previsto per medici chirurghi e anestesisti

4.4 Altre richieste: _____

DATA _____ Il Proponente _____