

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA E MODULO DI PROPOSTA

### INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

### INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

<p><b>Che tipo di attività svolge</b> (Crocettare)</p>	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, <b>esclusi</b> accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
	Specializzando (formula Young)	

<p><b>L'attività descritta come:</b> (Crocettare)</p>	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia	
	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
	Medico Dipendente di struttura privata	
	Medico Convenzionato con il S.S.N.	
	Medico Dipendente di struttura pubblica	

<p><b>L'attività descritta viene svolta presso:</b></p>	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

<b>detiene polizze in corso per il medesimo rischio?</b>	<b>Sì</b>		<b>No</b>	
--	-----------	--	-----------	--

<b>è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>	
<b>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</b>			

<b>L'esigenza di copertura è determinata da:</b>  (Crocettare)	Obblighi di Legge	
	Impegni Contrattuali	
	Personali esigenze di prevenzione del rischio	
	Altro (descrivere)	

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

## MEDICO DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

### Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale

Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

#### DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in affinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

#### ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di
	Dal

#### ATTIVITA' SVOLTA - MASSIMALI

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocettare)	DIPENDENTE DI STRUTTURA PRIVATA	
--	---------------------------------	--

Con la seguente specializzazione	Con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettare)						
	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
Medico Generico – di Base		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Medico Specialista, <b>esclusi accertamenti</b> diagnostici invasivi e interventi chirurgici		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico che pratica la chirurgia		NON PRESTABILE				NON PRESTABILE	
Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	NON PRESTABILE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

#### CONDIZIONI FACOLTATIVE – DURATA CONTRATTUALE

#### VARIAZIONI DI PREMIO

Crocettare

Limitazione <b>FORMULA YOUNG</b> – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	<b>Premio annuo lordo di polizza euro 265 Massimale prestatato di euro 2.000.000</b>	
Estensione <b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato	<b>del 25% del premio di tariffa Nel limite del massimale di polizza per tutto il periodo di postuma indipendentemente dal numero dei sinistri</b>	
In alternativa a quanto sopra  Estensione <b>P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al  <b>N.B.</b> La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete</li> <li>250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete</li> <li>300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete</li> <li>400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa</li> </ul> <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualità</b>  <b>Nel limite del massimale di polizza per tutto il periodo di postuma indipendentemente dal numero dei sinistri</b>	
Estensione <b>Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento</b> (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	<b>Aumento del 20% del premio di tariffa</b>	
Clausola di <b>INDICIZZAZIONE</b>		
Scelta della <b>DURATA CONTRATTUALE</b>	Annuale	Quinquennale

### SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilit  professionale? (SI/NO)

--

**Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE**

**Ovvero l'assicurando   a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?**

SI	NO
----	----

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?  
Se S , quando e da quale Compagnia?

--

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?  
Se S , indichi il massimale

--

Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

--

  titolare di una polizza TUTELA LEGALE?

SI	NO
----	----

Se S  con quale Compagnia?

**DATA**

**L'ASSICURANDO**

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validit  30 giorni dalla data sopra indicata.

### AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEGNI BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO   ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500   PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

### INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL:

- 10% PER TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI INDICATE NEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

### SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N.  41 DEL 2/8/2018

L'Assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuto nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.  41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- FACSIMILE MODULO DI ADEGUATEZZA/PROPOSTA
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.  679 - 2016

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHINEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

**CODICE AGENZIA**

**TIMBRO / FIRMA**

**PROPOSTA NUMERO**

**ALLEGATI NUMERO**

**EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO**

**EVIDENZIARE SE:**

SOSTITUISCE POLIZZA **ASSICURATRICE MILANESE** N.°

EFFETTO

○

RIPRENDE POLIZZA **ASSICURATRICE MILANESE** N.°

EFFETTO

**SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE**

**DATA**

**FIRMA PER AUTORIZZAZIONE**