

Questionario Responsabilità civile professionale
MEDICI/DENTISTI

Istruzioni per il richiedente

- A. Si prega di rispondere a tutte le domande. Le informazioni richieste sono necessarie allo scopo di effettuare una corretta valutazione del rischio.
B. Qualora una domanda non fosse pertinente all'attività svolta, indicare N/P.
C. Il medico assicurando dovrà datare e sottoscrivere il questionario.

1. Nome e Cognome del Medico/Dentista:

2. Specializzazione conseguita dal Medico:

3. Attività svolta dal Medico/Dentista (indicare l'attività realmente svolta dal Medico indipendentemente dalla specializzazione conseguita):

Nota. L'attività sopra indicata dovrà essere riportata in polizza alla descrizione del rischio

4. Data in cui il richiedente ha conseguito l'abilitazione professionale:

5. Il richiedente è:

Specializzando

Libero Professionista

Dipendente di:

Asl o di Azienda Ospedaliera: *(indicare nome e sede Ospedale)*

.....

Dipendente di clinica/ospedale privato: *(indicare nome e sede Ospedale)*

.....

- Primario
- Dirigente di II° Livello

6. Nella propria attività il richiedente:

- effettua interventi chirurgici
- è medico di pronto soccorso/medicina d'urgenza
- svolge la professione di dentista con implantologia
- svolge la professione di dentista **senza** implantologia

7. Se dipendente, è a conoscenza di eventuali coperture assicurative stipulate dagli Enti indicati al punto 5?

Se sì, quali?

- RC Asl/clinica
- Colpa grave dei dipendenti
- Entrambe

Se a conoscenza, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa:

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza

8. Il sottoscritto dichiara di avere altre coperture di Responsabilità Civile Professionale (polizze in corso, polizze scadute ma con garanzie operative)

Se sì, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza

Premio

9. Vi è mai stata rifiutata, da qualche Compagnia Assicurativa, il rinnovo della copertura per la responsabilità civile professionale? (Indicare l'anno in cui vi è stata rifiutata la richiesta, il nome della Compagnia Assicurativa che ha rifiutato la copertura, il massimale richiesto e la motivazione del rifiuto)

Anno	Compagnia Assicurativa	Massimale richiesto	Motivazione
------	------------------------	---------------------	-------------

10. Negli ultimi cinque anni vi è stata inoltrata qualche richiesta di risarcimento?

Anno	Richiedente	Importo Pagato	Importo Riservato
------	-------------	----------------	-------------------

11. Siete a conoscenza di fatti o circostanze di sinistro che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento in responsabilità civile professionale.

--

12. Siete mai stati soggetti a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine professionale?

Data Sanzione	Tipo Sanzione	Motivazione

13. Coperture richieste (massimali, franchigie):

Tipo di copertura: RC professionale
 RCO responsabilità civile vs prestatori di lavoro
 Tutela legale

Estensioni richieste:

Massimali / somme assicurate:

DOMANDA RISERVATA ALL'AGENZIA:

Il richiedente è già un socio assicurato ITAS?

SI' (indicare i numeri di polizza)
 NO

Con la sottoscrizione del presente questionario - composto da 5 pagine compresa la presente - il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni nel rispetto dello Studio e dei suoi membri.

Il sottoscritto, in qualità di rappresentante legale della Società proponente, dichiara di essere stato autorizzato a compilare questo questionario in nome e per conto della Società proponente, delle società controllate e delle società partecipate e di avere attentamente verificato l'esattezza delle risposte fornite. Il sottoscritto dichiara altresì che gli assicurandi hanno preso visione e approvato il presente questionario così come compilato.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.



GRUPPO
ITAS
ASSICURAZIONI

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

La sottoscrizione del presente questionario non impegna la Società proponente alla stipula della polizza di assicurazione; tuttavia, **qualora la polizza di assicurazione fosse stipulata, le dichiarazioni rese nel presente questionario ed il contenuto degli allegati saranno presi a fondamento del contratto e formeranno parte integrante dello stesso.**

Qualora sorgano modifiche sostanziali del rischio tra la data di firma del presente questionario e la data di entrata in vigore della copertura, il sottoscritto darà immediata notifica di tali modifiche e la Società proponente potrà ritirare oppure modificare la quotazione e/o la conferma di copertura.

Data e Luogo

Nome e Titolo

Firma