

Responsabilità Civile Medico Libero Professionista

Questionario

Avviso Importante

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio. È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Agente/Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa.

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.A	Qualifica Professionale	_____
1.B	Nome	_____
1.C	Cognome	_____
1.D	Indirizzo	_____
1.E	Città	_____
1.F	Provincia	_____
1.G	CAP	_____
1.H	Telefono Cellulare (ES. 3351234567)	_____
1.H.BIS	Telefono Cellulare (CONFERMA)	_____
1.I	Indirizzo email	_____
1.I.BIS	Indirizzo email (CONFERMA)	_____
1.J	CODICE FISCALE	_____

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A	Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:	_____
2.B	Assicuratori	_____
2.C	Massimale	_____
2.D	Franchigia	_____
2.E	Data scadenza ultima copertura	_____

(NB. Se non attualmente assicurati, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati)

3. ESTENSIONI DI COPERTURA

3.A	Specializzazione Il Proponente dichiara di essere	_____
3.B	Seconda Specializzazione Il Proponente dichiara di essere	_____
3.C	Terza Specializzazione Il Proponente dichiara di essere	_____
3.D	Franchigia	_____
3.E	Periodo di Retroattività: indicare il numero di anni di retroattività richiesti	_____
3.F	Atti Invasivi	_____
3.G	Il Proponente dichiara di essere Dirigente Medico di II Livello e/o Direttore Sanitario di Struttura Privata?	_____

4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.A	Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?	_____
4.B	Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?	_____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi;
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento;
- c) di dichiarare di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente sottoposti a procedure concorsuali;
- d) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- e) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- f) di non aver mai avuto rifiutata e/o cancellata una copertura assicurativa di RC Professionale

Nome e Cognome del Proponente / Rappresentante Legale	_____
Firma (remota o autografa)	_____
Data	_____

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made» così come sopra specificato;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Firma (remota o autografa) _____

Data _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'IVASS.

Firma (remota o autografa) _____

Data _____

RIEPILOGO COPERTURA

BROKER/AGENTE DI ASSICURAZIONI

CORRISPONDENTE DEI LLOYD'S

DECORRENZA (dalle ore 00:01)

SCADENZA (alle ore 24:00)

DURATA DELLA POLIZZA

SPECIALIZZAZIONE 1

SPECIALIZZAZIONE 2

SPECIALIZZAZIONE 3

FRANCHIGIA

RETROATTIVITA'

CONDIZIONI SPECIALI 1

CONDIZIONI SPECIALI 2

CONDIZIONI SPECIALI 3

DIASS SRL

365

MASSIMALE	€ 250.000,00	€ 500.000,00	€ 750.000,00	€ 1.000.000,00	€ 1.500.000,00	€ 2.000.000,00	€ 2.500.000,00	€ 5.000.000,00
PREMIO LORDO								