

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

- I. L'Assicurando si impegna a fornire alla Società i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dall'Assicurando o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'adesione alla Polizza Collettiva, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del rapporto assicurativo, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Assicurando, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- II. Il presente Questionario per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Assicurando.
- III. Sottoscrivendo il presente Questionario, La Società scrivente conferisce incarico esplorativo a Gruppo Laera srl alla ricerca della copertura assicurativa oggetto del questionario.

Dati dell'Assicurando

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		E-MAIL*	
INDIRIZZO*		LOCALITÀ/COMUNE*		PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A		ATTIVITÀ ESERCITATA*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*		ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*		N° DI ISCRIZIONE*		RECAPITO TELEFONICO	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N.					

*CAMPI OBBLIGATORI

1) Precedenti assicurativi

L'Assicurando è attualmente assicurato con una polizza? In caso di risposta affermativa indicare: SI NO

- il numero di Polizza: _____
- la data di decorrenza della prima adesione: ____/____/____,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ____/____/____

2) Indicare Massimale Richiesto

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000

3) Qualifica dell'Assicurando (è necessario contrassegnare con una X tutte le attività che si intende assicurare ed includere nella copertura)

Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE				
01	tecnico sanitario di laboratorio biomedico			
02	tecnico audiometrista			
03	tecnico audioprotesista			
04	tecnico ortopedico			
05	dietista			
06	tecnico di neurofisiopatologia			
07	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare			

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

Cod.	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE				
08	igienista dentale			
09	fisioterapista			
10	logopedista			
11	podologo			
12	ortottista e assistente di oftalmologia			
13	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
14	tecnico della riabilitazione psichiatrica			
15	terapista occupazionale			
16	educatore professionale			
17	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro			
18	tecnico sanitario di radiologia medica			
19	assistente sanitario			
20	infermiere professionale			
21	infermiere pediatrico			
22	ostetriche			
23	sociologo			
24	assistente sociale			
25	biologo (senza fecondazione assistita)			
26	biologo (con fecondazione assistita)			
27	farmacista			
28	psicologo			
29	osteopata			
30	chiropratico			
31	ingegnere chimico e biochimico			
ALTRE ATTIVITÀ DI INTERESSE SANITARIO				
32	operatore sociosanitario			
33	massofisioterapista			
34	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			
35	ottico			
36	odontotecnico			
37	assistente di studio odontoiatrico			
38	puericultrice			

4) L'Assicurando ricopre anche una delle seguenti qualifiche? In caso affermativo contrassegnare con una X

QUALIFICHE DIRETTIVE	X
Coordinatore	<input checked="" type="checkbox"/>
Dirigente/Direttore professioni sanitarie	<input type="checkbox"/>

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

5) L'Assicurando intende usufruire di una od entrambe le seguenti Estensioni di Garanzia? In caso affermativo contrassegnare con una X

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

Avvertenza: l'estensione Medical Device è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).

Avvertenza: l'estensione Perdite Patrimoniali è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione che rivestono la qualifica di coordinatore e/o dirigente/direttore delle professioni sanitarie.

Avvertenza: l'acquisto dell'estensione di garanzia determinerà un incremento del premio.

6) Dichiarazioni dell'Assicurando

- L'Assicurando riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Assicurando prende atto che la compilazione del presente Questionario NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Assicurando dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**Claims made**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- **Presa visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- L'Assicurando dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale così come riportato agli artt. 19 e 20 delle Condizioni di Assicurazione.
- È prevista la facoltà per l'Assicurando di aderire alla Polizza Collettiva alla decorrenza della stessa, nonché durante tutto il periodo in cui la stessa è vigente, ed il premio dovuto è sempre determinato per una durata di 12 (dodici) mesi.
- Il pagamento del premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
 - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/___

Firma dell'Assicurando _____