

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- I. L'Assicurando si impegna a fornire alla Compagnia 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 la 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 ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private 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 per "Colpa Grave" SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

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

2) Dichiarazioni dell'Assicurando

2.1 Sinistrosità pregressa dell'Assicurando:

Indicare se l'Assicurando è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI' NO

Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.

2.2 Qualifica ricoperta dall'Assicurando

Indicare se l'Assicurando, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI' NO

b) Privata: SI' NO

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto:

		DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)						
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA						
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA						

		DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
04	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)						
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA						
06	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA						

		SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO						

2.3 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.

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private

- 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. 18 e 19 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 _____