

Questionario per preventivo polizza rc professionale medico chirurgo e odontoiatra

Nome assicurato

Cod. fiscale/P.Iva

Indirizzo

CAP_Città

Mail Tel..... Cel

Professione Iscrizione albo di N° Iscrizione

Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la RC Professionale:

NON È MAI STATO ASSICURATO

È GIÀ STATO ASSICURATO E

NON È MAI STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO

___ È STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO

NON È MAI STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA

È STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni (2 + 3)

NO NEGLI ULTIMI 2 ANNI

SI NEGLI ULTIMI 2 ANNI

NO NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI

___ SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI DI 3 RICHIESTE/AZIONI

___ SI NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI RICHIESTE/AZIONI

Indicare se il Proponente/Assicurato è a conoscenza di fatti, azioni o omissioni dai quali possono derivare richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità (in aggiunta a quanto sopra indicato)

NO SI

Attività/Specializzazione svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica/chirurgica in cui è svolta la propria attività (con particolare attenzione alla pratica o meno interventi chirurgici e/o accertamenti diagnostici invasivi)

I°	<input type="checkbox"/>	A	GINECOLOGIA - OSTETRICIA	<input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA E/O RICOSTRUTTIVA
	<input type="checkbox"/>	C	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	<input type="checkbox"/>	CHIRURGIA E/O MEDICINA ESTETICA
	<input type="checkbox"/>	E	D	<input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CON INTERVENTI CHIRURGICI
II°	<input type="checkbox"/>	A	CARDIOCHIRURGIA	<input type="checkbox"/>	B NEUROCHIRURGIA
	<input type="checkbox"/>	C	CHIRURGIA TORACICA	<input type="checkbox"/>	D CHIRURGIA VASCOLARE
III°	<input type="checkbox"/>	A	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON INTERVENTI CHIRURGICI	<input type="checkbox"/>	B ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI
	<input type="checkbox"/>	A	ANESTESIA E/O RIANIMAZIONE	<input type="checkbox"/>	B RADIOTERAPIA
IV°	<input type="checkbox"/>	C	ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA IN GENERE	<input type="checkbox"/>	D ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
	V°	<input type="checkbox"/>	A	ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA IN GENERE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		C	MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI - MEDICINA DEL LAVORO		
<input type="checkbox"/>		D	ALTRE SPECIALIZZAZIONI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI		

NB: PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI SI INTENDONO QUELLI CHE COMPORTANO IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI PER INDAGINI ISTOLOGICHE E QUELLI CHE COMPORTANO UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO AI SOLI FINI DIAGNOSTICI. PERTANTO QUALSIASI ALTRO ATTO MEDICO CHE COMPORTI L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO AI FINI TERAPEUTICI DEVE INTENDERSI COME ATTO CHIRURGICO OVVERO INTERVENTO CHIRURGICO.

Attività/specializzazione effettivamente svolta

Decorrenza di polizzaMassimale da assicurare

IMPORTANTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbero dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.). Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.

Il presente Modulo Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività ovvero del periodo temporale pari a 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del Periodo di Assicurazione. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato."

Luogo e data

Firma