

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA/SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1) Garanzie

È possibile selezionare una o più opzioni sotto riportate, nel limite delle seguenti combinazioni: **A / B / C / D / E / AB / AC / ABC / BC.**

Si intende assicurare l'Attività attualmente svolta in qualità di:

- A) MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O DIPENDENTE CHE SVOLGE EXTRAMOENIA

Garanzia I

- ✓ Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività Professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza;
- ✓ Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azioni di Rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

- B) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA

Garanzia II

- ✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

- C) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

Garanzia III

- ✓ Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

- D) MEDICO SPECIALIZZANDO

Garanzia II e III

- ✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- ✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

E) MEDICO IN QUIESCENZA

Garanzia IV

- ✓ Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di Medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita;
- ✓ Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento di attività di volontariato non remunerata e svolta in Italia.

AVVERTENZA: qualora sia stata selezionata almeno una tra le opzioni B, C, D è necessario identificare la struttura presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività:

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

All'atto del sinistro dovrà essere fornita prova del contratto di dipendenza presso la struttura citata.

1.1) Indicare l'Attività che l'Assicurato svolge attualmente e che intende assicurare (è necessario contrassegnare con una "X" le Attività svolte in funzione delle opzioni selezionate al precedente punto 1) Garanzie)

AVVERTENZA: non sono contrassegnabili Attività che l'Assicurato ha cessato di esercitare prima della data di stipula della polizza. Possono essere selezionate al massimo 3 Attività svolte per ognuna delle seguenti figure di Medico: Libero professionista, Dipendente pubblico o Convenzionato, Dipendente privato o Convenzionato. Può essere selezionata 1 sola Attività per la figura del Medico Specializzando. Non deve essere selezionata alcuna Attività per la figura del Medico in Quiescenza.

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	IN QUALITÀ DI:			
		MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O DIPENDENTE CHE SVOLGE EXTRAMOENIA	MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA	MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA	MEDICO SPECIALIZZANDO
Visite	Allergologia e immunologia clinica				
Visite	Anatomia patologica				
Chirurgica	Andrologia				
Visite	Andrologia				
Invasiva	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva				
Chirurgica	Angiologia e flebologia				
Invasiva	Angiologia e flebologia				
Visite	Angiologia e flebologia				
Visite	Audiologia				
Chirurgica	Cardiochirurgia				
Visite	Cardiologia				
Chirurgica	Cardiologia interventistica				
Chirurgica	Chirurgia d'urgenza e 118				
Chirurgica	Chirurgia della mano				
Chirurgica	Chirurgia estetica plastica				
Chirurgica	Chirurgia generale (compresa addominale)				
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (con chirurgia estetica)				
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (no chirurgia estetica)				

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	IN QUALITÀ DI:			
		MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O DIPENDENTE CHE SVOLGE EXTRAMOENIA	MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA	MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA	MEDICO SPECIALIZZANDO
Chirurgica	Chirurgia ricostruttiva				
Chirurgica	Chirurgia toracica				
Chirurgica	Chirurgia vascolare				
Visite	Dermatologia - venereologia				
Invasiva	Dermatologia/venereologia (chirurgia minore)*				
Visite	Diabetologia e malattie del metabolismo				
Invasiva	Ematologia				
Visite	Ematologia e medicina trasfusionale				
Chirurgica	Endocrinochirurgia				
Visite	Endocrinologia e malattia del ricambio				
Visite	Epatologia				
Visite	Farmacologia				
Visite	Fisica medica				
Chirurgica	Gastroenterologia				
Visite	Gastroenterologia				
Invasiva	Gastroenterologia con endoscopia digestiva				
Visite	Genetica medica				
Visite	Geriatrica				
Visite	Ginecologia				
Invasiva	Ginecologia con fecondazione assistita				
Chirurgica	Ginecologia con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)				
Invasiva	Ginecologia con ostetricia ambulatoriale e biopsie				
Chirurgica	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)				
Visite	Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)				
Invasiva	Malattie infettive e tropicali				
Visite	Malattie infettive e tropicali				
Invasiva	Medicina d'urgenza e 118				
Visite	Medicina del lavoro				
Visite	Medicina dello sport				
Visite	Medicina di base				
Invasiva	Medicina di base (chirurgia minore)*				
Visite	Medicina di comunità				

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	IN QUALITÀ DI:			
		MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O DIPENDENTE CHE SVOLGE EXTRAMOENIA	MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA	MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA	MEDICO SPECIALIZZANDO
Invasiva	Medicina estetica (chirurgia minore)*				
Visite	Medicina estetica				
Visite	Medicina fisica riabilitativa - ex fisiatria (comprese infiltrazioni)				
Invasiva	Medicina generale				
Visite	Medicina generale				
Invasiva	Medicina interna				
Visite	Medicina interna				
Visite	Medicina legale				
Visite	Medicina nucleare				
Visite	Medicina termale				
Visite	Medicine non convenzionali e osteopatiche				
Visite	Microbiologia/virologia				
Chirurgica	Nefrologia				
Visite	Nefrologia				
Invasiva	Nefrologia con Dialisi				
Chirurgica	Neurochirurgia				
Invasiva	Neurologia				
Visite	Neurologia e Neurofisiopatologia				
Visite	Neuropsichiatria infantile				
Visite	Oculistica / oftalmologia				
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (compresa attività estetica)				
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (esclusa attività estetica)				
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia altre tecniche (**)				
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia osteointegrata (**)				
Visite	Odontoiatria / stomatologia senza implantologia (**)				
Chirurgica	Oncologia e senologia				
Visite	Oncologia e senologia				
Invasiva	Ortodontista				
Visite	Ortopedia (comprese infiltrazioni)				
Invasiva	Ortopedia (chirurgia minore)*				
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)				
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)				

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	IN QUALITÀ DI:			
		MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA O DIPENDENTE CHE SVOLGE EXTRAMOENIA	MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA	MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO DI STRUTTURA SANITARIA PRIVATA	MEDICO SPECIALIZZANDO
Visite	Otorinolaringoiatria				
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)				
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)				
Visite	Patologia clinica (compresa Biochimica Clinica)				
Chirurgica	Pediatria con neonatologia e TIN				
Chirurgica	Pediatria senza neonatologia				
Visite	Pediatria senza neonatologia				
Invasiva	Pediatria senza neonatologia (chirurgia minore)*				
Invasiva	Pneumologia				
Visite	Pneumologia				
Visite	Psichiatria				
Visite	Radiodiagnostica (no mammografia)				
Visite	Radiodiagnostica con mammografia				
Invasiva	Radiologia interventista e neuroradiologia				
Visite	Radioterapia				
Visite	Reumatologia				
Visite	Scienze dell'alimentazione				
Invasiva	Terapia del dolore e cure palliative				
Visite	Terapia del dolore e cure palliative				
Visite	Tossicologia medica				
Chirurgica	Urologia				
Visite	Urologia				

(**) le Attività svolte di Odontoiatria / Stomatologia prevedono una franchigia di € 500,00 per sinistro.

(*) Chirurgia minore: quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.

Tipologia "Invasiva": quell'Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici.

2) Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento (facoltative e ad integrazione di quanto selezionato al punto 1) Garanzie)

AVVERTENZA: le seguenti Garanzie aggiuntive opzionali possono essere acquistate solo se è stata selezionata almeno una tra le opzioni A, B, C del precedente punto 1) Garanzie.

Direttore sanitario

- ✓ per Professionisti Sanitari che rivestono la qualifica di Direttore Sanitario di struttura complessa o di analoga funzione organizzativa presso una Struttura Sanitaria, l'assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

Perdite Patrimoniali

- ✓ derivanti dallo svolgimento di incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP
- ✓ conseguenti ad incarichi di mediatore come definito dal D. LGS 28/2010, limitatamente alle vertenze su materie rientranti nelle competenze professionali dell'Assicurato
- ✓ conseguenti la partecipazione a corsi di formazione, convegni, congressi nonché per la pubblicazione di testi o articoli professionali
- ✓ per l'attività di libera docenza e in qualità di titolare di cattedra universitaria
- ✓ derivanti dalla necessità di ripristinare, rimpiazzare e/o ricostruire parzialmente o totalmente Medical Device dallo stesso prescritti con altri equivalenti per uso e qualità

AVVERTENZA: la seguente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solo se è stata selezionata l'opzione D del precedente punto 1) Garanzie.

Attività Libero professionale per il Medico Specializzando

- ✓ esclusivamente per le attività di "Medico generico: sostituzione medico di medicina generale, servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), Guardia turistica, Guardia interdivisionale".
- ✓ Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle 2 attività citate
- ✓ azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di Surrogazione dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge
- ✓ azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222

AVVERTENZA: la seguente Garanzia aggiuntiva opzionale può essere acquistata solo se è stata selezionata l'opzione B e/o C, da Medico con qualifica di Convenzionato, del precedente punto 1) Garanzie.

Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato

- ✓ relativamente al Medico con qualifica di Convenzionato la presente Garanzia aggiuntiva opzionale è prestata esclusivamente per la sua responsabilità extracontrattuale nei confronti dei pazienti della Struttura Sanitaria. È rivolta a tutelare il Medico Convenzionato tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile per Danni conseguenti a lesioni personali, morte e danni materiali a cose, causati a terzi nello svolgimento dell'Attività Professionale, unicamente nel caso di Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento delle attività indicate in Scheda di Polizza

3) **Periodo di Retroattività**

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi in cui l'Assicurato sia al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

Se selezionata l'opzione **A)** del precedente punto 1) *Garanzie*, indicare la Retroattività richiesta:

- No retroattività 1 anno 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni 6 anni 7 anni 8 anni 9 anni
 10 anni illimitata

Se selezionata una tra le opzioni **B), C), D)** del precedente punto 1) *Garanzie*, o la Garanzia aggiuntiva opzionale "**Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato**" del precedente punto 2) *Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento*, la Retroattività prevista è **10 anni**.

Se selezionata l'opzione **E)** del precedente punto 1) *Garanzie*, la Retroattività **non è prevista**.

Se selezionata la Garanzia aggiuntiva opzionale "**Direttore sanitario**" e/o la Garanzia aggiuntiva opzionale "**Perdite Patrimoniali**" del precedente punto 2) *Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento*, la Retroattività prevista è pari alla maggiore Retroattività prestata per le Garanzie selezionate tra A), B), C).

Se selezionata la Garanzia aggiuntiva opzionale "**Attività libero professionale per il Medico Specializzando**" del precedente punto 2) *Garanzie aggiuntive opzionali a pagamento*, indicare la Retroattività richiesta:

- No retroattività 1 anno 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni 6 anni 7 anni 8 anni 9 anni
 10 anni

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

4) Solo se selezionata almeno una tra le opzioni A, B, C del precedente punto 1) Garanzie, l'Assicurato vuole coprire Attività che ha cessato di svolgere?

NO SI

Se SI, riportare quali Attività cessate si intende assicurare (utilizzare la terminologia presente nell'elenco del punto 1.1):

Opzione A - Garanzia 1			Opzione B - Garanzia 2		Opzione C - Garanzia 3	
Attività cessata	Data cessazione	Anni retro*	Attività cessata	Data cessazione	Attività cessata	Data cessazione
1.			1.		1.	
2.			2.		2.	
3.			3.		3.	

* Indicare gli anni di retroattività (da 1 a 10 o illimitata) richiesti per l'attività cessata solo nel caso tale Garanzia non sia stata attivata al punto 1)

5) Massimale di Polizza e Sottolimiti di garanzia

Se selezionata l'opzione A) del precedente punto 1) Garanzie, indicare il Sottolimito per sinistro e per anno (euro):

1 Milione 2 Milioni 3 Milioni 5 Milioni

Se selezionata una tra le opzioni B), C), D) del precedente punto 1) Garanzie, indicare il Sottolimito per sinistro e per anno (euro):

1 Milione 2 Milioni 3 Milioni 5 Milioni

Se selezionata l'opzione E) del precedente punto 1) Garanzie, il Sottolimito previsto è di € 1.000.000.

AVVERTENZA: il Massimale di polizza, per sinistro e per anno, coincide con il "Sottolimito" di valore maggiore selezionato.

6) Sinistrosità dell'Assicurato

6.1) Se selezionata l'opzione A) del precedente punto 1) Garanzie

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 13)

6.2) Se selezionata l'opzione E) del precedente punto 1) Garanzie, o una delle Garanzie aggiuntive opzionali "Attività libero professionale per il Medico Specializzando" o "Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato" del precedente punto 2) Garanzie aggiuntive opzionali

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

6.3) Se selezionata una tra le opzioni B), C) o D) del precedente punto 1) Garanzie

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

NO SI

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

7) Fatti noti

7.1) Se selezionata l'opzione A) del precedente punto 1) Garanzie

Indicare se all'Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua responsabilità civile e/o penale negli ultimi 5 anni.

NO SI

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 13)

7.2) Se selezionata una delle Garanzie aggiuntive opzionali "Attività libero professionale per il Medico Specializzando" o "Responsabilità extracontrattuale per il Medico Convenzionato" del precedente punto 2) Garanzie aggiuntive opzionali

Indicare se all'Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua responsabilità civile e/o penale negli ultimi 5 anni.

NO SI

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 13)

8) Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

NO SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

9) Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma – Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO SI

10) Licenziamento per giusta causa

Se selezionata una tra le opzioni B) e/o C) del precedente punto 1) Garanzie

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, limitatamente all'Attività svolta in qualità di Dipendente pubblico o Dipendente privato, ha subito il licenziamento per giusta causa da parte del datore di lavoro?

NO SI

11) Acquisito Garanzia di Ultrattività (c.d. Postuma) decennale alla cessazione definitiva dell'Attività professionale

Se selezionata l'Opzione E) del precedente punto 1) Garanzie:

L'Assicurato, in qualità di Medico in Quiescenza, ha acquistato una copertura postuma decennale contestualmente alla cessazione definitiva della propria Attività professionale?

NO SI

12) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

13) Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 6.1) - 7.1) - 7.2) del presente Questionario

A) Sinistri

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 6.1) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Ammontare del danno richiesto: € _____

Età del danneggiato: _____

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- L'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: _____
- Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

lesioni; grado di invalidità: _____ %

decesso

danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: _____

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
- Concluso con addebito di responsabilità
- Concluso senza addebito di responsabilità
- Procedimento impugnato; Grado di giudizio: _____
- Transazione

Importo risarcito: € _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

B) Fatti noti

Specifiche di dettaglio dei Fatti Noti di cui al punto 7.1) - 7.2) del presente Questionario.

5) Indicare la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del Fatto Notato:

- Notizie
- Querele
- Atti giudiziari
- Indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria
- Altro _____

6) Riportare una descrizione dell'evento:

7) Stato procedimento Penale

Indicare se sia in corso **un procedimento penale**, ma non vi sia la costituzione di parte civile del danneggiato o dei suoi aventi diritti:

SI NC

Se "SI" indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

Numero procedimento: _____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

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

Il Contraente _____

Trattamento dei dati personali

OPA Broker srl è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo propostoLe in relazione alla Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con OPA Broker srl, Le verrà fornita una informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dati. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Il "Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di OPA Broker srl al recapito Info.opabroker@gmail.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

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

Il Contraente _____