

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE  
PROFESSIONALE**

**Settore Sanitario  
( Medici ed Operatori sanitari )**

**PROPOSTA – QUESTIONARIO**

*Commercial & Industrial line – Servizio R.C.G*

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

1) Cognome e nome :

.....

Luogo e data di nascita:

.....

Codice fiscale:

.....

Domicilio:

.....

Indirizzo dello studio (se diverso dal domicilio):

.....

Data del diploma di laurea:

.....

Conseguito presso:

.....

Numero e data di iscrizione all'ordine dei medici della provincia/regione:

.....

2) Viene svolta attività presso Enti Ospedalieri Pubblici? si  no

Se si, indicare presso quale Ente: .....

L'attività è svolta in qualità di: dipendente  altra

3) Attività di libera professione si  no

Se si, specificare se:

a) in cliniche o strutture private

b) in studio professionale privato

c) *intra moenia* presso l'Ente di cui al punto 2)

In caso di risposta b):

- l'Assicurando ha dipendenti presso lo studio privato? si  no

Se si, indicare numero e mansioni .....

.....  
.....

- presso lo studio privato viene utilizzato materiale radioattivo? si  no

Se si, specificare il tipo di materiale utilizzato:

.....  
.....

a scopo diagnostico  a scopo terapeutico

- presso lo studio privato dell'Assicurando vengono usate:

a) apparecchiatura per terapia radiante? si  no

b) altre apparecchiature (per crioterapia, laserterapia, etc.)? si  no

se si, specificare:

.....  
.....  
.....

#### 4) Specializzazioni

tipo

data

presso

.....  
.....  
.....  
.....

5) Il proponente possiede polizze con Cattolica? si  no

Se si, indicarne gli estremi:

.....  
.....  
.....

**6) L'attività comporta l'effettuazione di interventi chirurgici? si  no**

Se si, indicare il numero approssimativo di interventi effettuati nell'ultimo anno solare per specializzazione e struttura in cui vengono effettuati (indicare anche gli interventi di implantologia dentaria):

SPECIALITÀ	OSPEDALI PUBBLICI COME DIPENDENTI	INTRAMOENIA	STRUTTURE PRIVATE	TOTALE

**7) L'Assicurando è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza? si  no**

**8) Chiamata in causa per responsabilità**

a) la responsabilità dell'Assicurando è mai stata chiamata in causa per lo svolgimento della sua attività professionale? si  no

- Se si, allegare una descrizione dei casi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, ammontare richiesta di risarcimento, esito);

b) l'Assicurando, al momento della firma del presente questionario, è assicurato o è stato in passato assicurato per i rischi derivanti dalla sua professione? si  no

Se sì, nel caso in cui l'Assicuratore di cui al punto b) sia diverso da quello che sottopone il presente questionario, indicare:

➤ l'indennità di tale assicurazione:

.....

➤ se sono state presentate denunce di sinistro a tale assicuratore si  no  , se sì, indicare estremi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, esito);

➤ se la polizza con tale Assicuratore:

è ancora in vigore? si  no

massimali .....

è stata annullata per sinistro? si  no

è stata rinnovata alla scadenza? si  no

se no, si prega di indicarne le ragioni .....

.....

.....

**09) Spazio riservato ad eventuali note dell'Assicurando:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

