





**Questionario  
Responsabilità civile professionale  
MEDICI (Ed. 08/2008)**

**Istruzioni per il richiedente**

- A. Si prega di rispondere a tutte le domande. Le informazioni richieste sono necessarie allo scopo di effettuare una corretta valutazione del rischio.
- B. Qualora una domanda non fosse pertinente all'attività svolta, indicare N/A. Nel caso in cui, per rispondere ad una domanda occorresse più spazio, predisponete un allegato evidenziando il numero della risposta.
- C. Il titolare dello Studio dovrà datare e sottoscrivere il questionario.

**1. Dati anagrafici:**

**Nome:**

**Cognome:**

**Data di Nascita:**

**Sesso:**

**2. Specializzazione conseguita dal Medico:**

**3. Attività svolta dal Medico (indicare l'attività realmente svolta dal Medico indipendentemente dalla specializzazione conseguita)**

**4. Attività svolta dal Medico nei 5 anni precedenti, se diversa da quella dichiarata al punto precedente (indicare l'attività realmente svolta dal Medico indipendentemente dalla specializzazione conseguita)**

**5. Data in cui il richiedente ha conseguito l'abilitazione professionale:**

**6. Il richiedente è:**

- Specializzando
- Libero Professionista
- Dipendente di Asl o di Azienda Ospedaliera
- Dirigente di I° Livello
- Dirigente di II° Livello

**7. Se dipendente di Asl o di Azienda ospedaliera è a conoscenza di eventuali coperture assicurative stipulate dagli Enti stessi?**

Se sì, quali?

- RC Asl
- Colpa grave dei dipendenti
- Entrambe

Se sì, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza
- Premio

**8. Il sottoscritto dichiara di avere altre coperture di Responsabilità Civile Professionale (polizze in corso, polizze scadute ma con garanzie operative)**

Se sì, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza
- Premio

**9. Vi è mai stata rifiutata, da qualche Compagnia Assicurativa, il rinnovo della copertura per la responsabilità civile professionale? (Indicare l'anno in cui Vi è stata rifiutata la richiesta, il nome della Compagnia Assicurativa che ha rifiutato la copertura, il massimale richiesto e la motivazione del rifiuto)**

<b>Anno</b>	<b>Compagnia Assicurativa</b>	<b>Massimale richiesto</b>	<b>Motivazione</b>
-------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------

**10. Negli ultimi cinque anni Vi è stata inoltrata qualche richiesta di risarcimento?**

<b>Anno</b>	<b>Richiedente</b>	<b>Importo Pagato</b>	<b>Importo Riservato</b>
-------------	--------------------	-----------------------	--------------------------

**11. Siete a conoscenza di fatti o circostanze di sinistro che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento in responsabilità civile professionale.**

**12. Siete mai stati soggetti a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine professionale?**

<b>Data Sanzione</b>	<b>Tipo Sanzione</b>	<b>Motivazione</b>
----------------------	----------------------	--------------------

**13. Coperture richieste (massimali, franchigie)**

Tipo di copertura:            RC professionale  
                                       Tutela Legale

Estensioni richieste:

Massimali / somme assicurate:

Con la sottoscrizione del presente questionario – composto da 4 pagine compresa la presente – il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

Firmando tale richiesta non si impegna la Compagnia Assicurativa a perfezionare l'assicurazione.

**Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

**Data e Luogo**

**Nome, Cognome e Titolo**

**Firma**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. N. 196/2003 ("CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI")**

Per rispettare la legge in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), La/Vi informiamo che i dati da Lei/Voi forniti, e col Suo/Vostro consenso, saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e saranno utilizzati dalle società Zurich Insurance Company – Rappresentanza Generale per l'Italia e Zuritel S.p.A. (entrambe con sede in Milano, P.zza C. Erba n. 6) unicamente per la valutazione del rischio e del relativo premio da applicare allo stesso.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificamente: aree di business danni e vita, liquidazione sinistri, servizi interni quali comunicazione, legale, organizzazione, auditing, compliance, antifrode, attuariato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

I dati personali da Lei/Voi forniti potranno essere comunicati, sempre limitatamente al fine di valutare il rischio ed il relativo premio da applicare allo stesso, a soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM); associazioni/enti/società terze con cui le società abbiano concluso convenzioni o accordi di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali nonché per finalità di reporting; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto.

In qualsiasi momento Lei/Voi potrà/potrete rivolgervi/vi per informazioni al nostro Servizio Clienti - P.zza C. Erba n. 6 - 20129 Milano - tel. 02-5966.2510 - oppure fare richiesta scritta alle Società titolari per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.).

**CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

Preso atto dell'informativa, con la quale, per rispettare la legge sulla "privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Acconsento/tiamo

SI

NO

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

ATTUALE ATTIVITA' \_\_\_\_\_

DIPENDENTE OSPEDALIERO CON ATTIVITA' INTRAMURARIA	SI	NO
DIRIGENTE MEDICO DI II° LIVELLO ( PRIMARIO )	SI	NO
LIBERO PROFESSIONISTA	SI	NO

NEGLI ULTIMI 5 ANNI HA RICEVUTO RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI, ATTI DI CITAZIONE O E' STATO COINVOLTO IN PROCEDIMENTI PENALI O HA RICEVUTO RICHIESTE DI RELAZIONI MEDICHE SU FATTI OGGETTO DI RICHIESTA DANNI O ATTO DI CITAZIONE ALL'ENTE OSPEDALIERO ?

SI	NO
----	----

IN CHE ANNO E' AVVENUTO IL FATTO ? \_\_\_\_\_

QUALE E' IL NOME DELLA CONTROPARTE \_\_\_\_\_

IL PROCEDIMENTO PENALE, SE INIZIATO, E' CONCLUSO ?

SI	NO
----	----

SE SI, IN CHE MODO ? \_\_\_\_\_

LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI E' AVVENUTA TRAMITE ATTO DI CITAZIONE

SI	NO
----	----

IL FATTO E' AVVENUTO IN QUALE AMBITO :

DIPENDENTE OSPEDALIERO	SI	NO
DIPENDENTE OSPEDALIERO IN ATTIVITA' INTRAMURARIA	SI	NO
LIBERO PROFESSIONISTA	SI	NO

LA CONTROPARTE E' STATA LIQUIDATA SE SI PER QUALE IMPORTO ? \_\_\_\_\_

SI	NO
----	----

IL SINISTRO E' STATO CHIUSO " SENZA SEGUITO " DALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI DI COMPETENZA ?

SI	NO
----	----

E' IN ATTESA DI DEFINIZIONE ?

SI	NO
----	----

E' COINVOLTO COME UNICO OPERATORE ?

SI	NO
----	----

SE NO, E' COINVOLTO COME PRIMO OPERATORE ?

SI	NO
----	----

COME AIUTO / SECONDO ?

SI	NO
----	----

ALTRO ? \_\_\_\_\_

HA RICEVUTO DISDETTA DALLA SUA PRECEDENTE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI A SEGUITO DELLA DENUNCIA DI SINISTRO ?

SI	NO
----	----

SE LA SUA ATTIVITA' PREVEDE INTERVENTI CHIRURGICI, INDICARE QUANTI DURANTE L'ANNO \_\_\_\_\_ ED IN PERCENTUALE

DIPENDENTE OSPEDALIERO	_____	%
DIPENDENTE OSPEDALIERO IN ATTIVITA' INTRAMURARIA	_____	%
LIBERO PROFESSIONISTA	_____	%

HA ALTRE ASSICURAZIONI IN CORSO ?

SI	NO
----	----

SE SI INDICARE COMPAGNIA, MASSIMALE, NUMERO E SCADENZA \_\_\_\_\_

HA AVUTO RESPINTE PROPOSTE DI ASSICURAZIONE ?

SI	NO
----	----

SE SI DA QUALI COMPAGNIE ? \_\_\_\_\_

*ANCHE AGLI EFFETTI DEGLI ARTT. 1892/1893 DEL CODICE CIVILE, DICHIARO DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI FATTI, NOTIZIE, CIRCOSTANZE O SITUAZIONI CHE POTREBBERO DETERMINARE RICHIESTE DI RISARCIMENTO DA PARTE DI TERZI IN DIPENDENZA DELLA MIA ATTIVITA' PROFESSIONALE E/O DELLE PERSONE DI CUI DEBBA RISPONDERE, CON RIFERIMENTO AD ATTI O FATTI POSTI IN ESSERE ANTERIORMENTE ALLA DECORRENZA DELLA PRESENTE COPERTURA, ANCHE OVE SE DISCONOSCESSI LA RIFERIBILITA' AL MIO COMPORTAMENTO O DI PERSONE DI CUI DEBBA RISPONDERE*

**ALLEGARE COPIA DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO, EVENTUALE ATTO DI CITAZIONE O AVVISO DI GARANZIA E RELAZIONE DELL'ACCADUTO.**

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_