

Questionario d'adesione da inviare a mezzo Fax - 02.48.00.94.47
Per informazioni Tel. 02.48.00.46.77

Contraente /Assicurando _____

Specializzato in _____

Attività svolta _____

Con interventi chirurgici ? **SI** **NO** In regime di pronto soccorso / medicina d'urgenza ? **SI** **NO**

Condizioni Particolari :

<input type="checkbox"/> Dipendente Ospedaliero con Intramoenia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Estetica
<input type="checkbox"/> Direttore di Struttura Complessa / Dirigente di II° Livello	<input type="checkbox"/> Medico Competente
<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario Struttura Privata	<input type="checkbox"/> Medico Legale
<input type="checkbox"/> Implantologia Odontoiatrica	<input type="checkbox"/> Specializzando
<input type="checkbox"/> Dermatologia con Estetica / Medicina Estetica	

- **Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del codice civile, l'assicurando dichiara di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi.**
- **Negli ultimi cinque anni l'assicurando ha ricevuto richieste di risarcimento danni, atti di citazione o è 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**
- **Altre assicurazioni personali in corso:** **SI** **NO**
 Compagnia _____ Num. _____
 Massimale _____ € Scadenza |____| |____| |____|
- **Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione? SI** **NO**
- **Con quali motivazioni e da quali Compagnie** _____

- **L'assicurando dichiara di aver preso atto e di accettare la condizione di polizza "Validità della Garanzia"**

ATTENZIONE: NON E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO, PRIMA DELL'ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA DA PARTE DELLA COMPAGNIA

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 _____