

ASSICURAZIONE DELLA RESP. CIVILE PROFESSIONALE MEDICI E OPERATORI SANITARI – “PROPOSTA QUESTIONARIO” – PROFESSIONISTA SANITARIO 2.0

G2

(compilare tutti i campi in stampatello)

Questionario n. _____		Cod. Agenzia: _____		Denominazione: _____	
Proponente: _____		Cod. Fiscale: _____			
Laurea conseguita nell'anno: _____		N. iscrizione all'Albo: _____			
Iscritto all'Associazione: _____		N. iscrizione: _____		dal ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Specializzato		<input type="checkbox"/> Specializzando		In _____ c/o ospedale _____	
c/o altra struttura _____		Reparto: _____			
<input type="checkbox"/> Dipendente di struttura pubblica		<input type="checkbox"/> Dipendente di struttura privata		<input type="checkbox"/> Libero professionista	
1	Attività per la quale viene richiesta la copertura: _____				
	Assicurazione in corso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Società: _____ Num. Polizza: _____ Con massimale € _____ Decorrenza: _____ Scadenza: _____ Precedenti assicurazioni: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Società: _____ Num. Polizza: _____ Con massimale € _____ Decorrenza: _____ Scadenza: _____ Se annullate indicarne il motivo: _____				
2	Il proponente è a conoscenza di fatti che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni rientranti nelle coperture previste dalla presente proposta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Se SI indicare tutte le informazioni inerenti: _____				
3	Il proponente ha ricevuto richieste di risarcimento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Se SI indicare data e motivazione delle richieste: _____				
4	Il proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
5	Massimale richiesto: € _____ decorrenza: _____ scadenza: _____				
	Estensioni richieste: _____				
6	Polizza a secondo rischio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	Se SI, la polizza a primo rischio è stipulata dall'ente ospedaliero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se NO, completare i seguenti campi con i dati della polizza privata stipulata a primo rischio: Società: _____ num. Polizza: _____ massimale €: _____ Decorrenza: _____ scadenza: _____ N.B.: si prega di fornire copia del contratto a primo rischio				

(validità della presente proposta gg. 60 dalla data riportata).

Compilato il _____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

IL PROPONENTE _____