

Il presente questionario è un documento riservato sulla base del quale potrà essere emesso, su richiesta del Proponente ed a discrezione della Società, un Contratto Assicurativo a copertura della R.C. Professionale. UnipolSai Assicurazioni s.p.a si impegna a trattare le informazioni ivi contenute in accordo con le disposizione del Decreto Legislativo n. 193 del 30 giugno 2003.

Ha valore di DICHIARAZIONE PRECONTRATTUALE e, nel caso di stipula, si intende acquisito quale parte integrante del contratto.

Agenzia _____ **di** _____

1 DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE

	Cognome e Nome	
--	----------------	--

2 INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' ASSICURATA

2.1 PROFESSIONI SANITARIE MEDICHE

Il presente questionario è destinato alla raccolta delle informazioni finalizzate ad una proposta assicurativa per la **responsabilità civile professionale individuale**; nel caso sia questa l'attività che si desidera assicurare ► *si prosegue nella compilazione degli altri punti del questionario*

Qualora si desideri assicurare le responsabilità come **centro medico** o come **direttore sanitario** di poliambulatorio o struttura equivalente ► *si richiedi all'Agenzia il diverso e più specifico questionario*

2.1.1	Laurea e/o specializzazione	
2.1.2	Estremi dell'iscrizione all'Albo professionale	data _____ numero _____
2.1.3	Il Proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, precisare	data _____ sanzione _____ motivazione _____
2.1.4	Specifiche dell'attività da assicurare	
	<input type="checkbox"/> Libero professionista con studio a <input type="checkbox"/> Medico di base / pediatra di libera scelta <input type="checkbox"/> Medico dipendente di azienda sanitaria pubblica addetto ai servizi (poliambulatori, medicina del lavoro, igiene degli alimenti, ecc.) <input type="checkbox"/> Medico-chirurgo specializzando in	<input type="checkbox"/> Medico dipendente <input type="checkbox"/> di struttura ospedaliera pubblica <input type="checkbox"/> di struttura ospedaliera privata <input type="checkbox"/> in regime di tempo pieno, senza attività libero-professionale <input type="checkbox"/> con attività libero-professionale intramuraria <input type="checkbox"/> con attività libero-professionale extramuraria Ente Ospedaliero (pubblico o privato) presso il quale esplica l'attività: - denominazione - reparto - numero posti letto - qualifica <i>NB ► Qualora il Proponente rivesta funzioni apicali in ambito ospedaliero, si compili anche il punto 4 che segue</i>
2.1.5	Effettua servizio in Pronto Soccorso/118?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Effettua servizio di guardia medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se veterinario, svolge servizio di ispezione sanitaria pubblica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.6	Effettua interventi chirurgici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.7	Effettua atti invasivi diagnostici e/o terapeutici, non definibili come interventi chirurgici (barrare la casella solo se si è risposto "no" alla domanda precedente)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.8	Effettua implantologia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

2.1.9	Effettua indagini o interventi genetici o diagnosi prenatali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.1.10	Utilizza metodi diagnostici o terapeutici propri della "medicina non tradizionale"?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>In caso di risposta positiva, indicare quali:</i> <input type="checkbox"/> agopuntura <input type="checkbox"/> omeopatia <input type="checkbox"/> chiropratica <input type="checkbox"/> ipnosi <input type="checkbox"/> medicina ayurvedica <input type="checkbox"/> kinesiologia <input type="checkbox"/> osteopatia <input type="checkbox"/> shiatsu <input type="checkbox"/> riflessologia <input type="checkbox"/> mesoterapia <input type="checkbox"/> altro _____
2.1.11	Come viene acquisito il consenso informato?	<input type="checkbox"/> sistematicamente <input type="checkbox"/> occasionalmente <input type="checkbox"/> per iscritto <input type="checkbox"/> verbalmente <input type="checkbox"/> su moduli propri <input type="checkbox"/> su moduli dell'Azienda Ospedaliera

2.2 PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

2.2.1	Attività che si chiede di assicurare	<input type="checkbox"/> infermiere diplomato <input type="checkbox"/> ostetrico <input type="checkbox"/> infermiere pediatrico <input type="checkbox"/> fisioterapista, massofisioterapista <input type="checkbox"/> podologo <input type="checkbox"/> logopedista <input type="checkbox"/> ortottista <input type="checkbox"/> psicomotricista <input type="checkbox"/> tecnico riabilitazione psichiatrica <input type="checkbox"/> terapista occupazionale <input type="checkbox"/> tecnico audiometrista <input type="checkbox"/> tecnico di laboratorio biomedico <input type="checkbox"/> tecnico di neurofisiopatologia <input type="checkbox"/> tecnico di laboratorio radiologico <input type="checkbox"/> tecnico ortopedico <input type="checkbox"/> tecnico audioprotesista <input type="checkbox"/> tecnico perfusionista <input type="checkbox"/> tecnico igienista dentale <input type="checkbox"/> dietista <input type="checkbox"/> assistente sanitario
2.2.2	Estremi dell'iscrizione all'Albo (se esiste) o all'Associazione professionale di categoria	data _____ numero _____
2.2.3	Modalità di svolgimento dell'attività	<input type="checkbox"/> in regime di libera professione <input type="checkbox"/> in regime di subordinazione <input type="checkbox"/> presso azienda pubblica <input type="checkbox"/> presso struttura privata

3 MASSIMALI E GARANZIE RICHIESTI

3.1	R.C.T. (verso terzi, verso dipendenti, professionale e della conduzione degli uffici)	<input type="checkbox"/> € 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 3.000.000 <input type="checkbox"/> € _____
3.2	Eventuali garanzie particolari richieste	<input type="checkbox"/> COPERTURA A SECONDO RISCHIO <input type="checkbox"/> ATTIVITA' INTRAMURARIA <input type="checkbox"/> ATTIVITA' EXTRAMURARIA <input type="checkbox"/> SCOPERTO <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 5.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori) <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 10.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori) <input type="checkbox"/> FRANCHIGIA € 20.000 (non opzionabile per chi effettua interventi chirurgici e per i medici anestesisti e rianimatori)
		<input type="checkbox"/> MEDICO COMPETENTE (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> MEDICO LEGALE (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> CONSULENZE, PERIZIE, CERTIFICAZIONI (danni patrimoniali) <input type="checkbox"/> DANNI A COSE DI TERZI UTILIZZATE DALL'ASSICURATO <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI MEDIAZIONE <input type="checkbox"/> IMPLANTOLOGIA <input type="checkbox"/> RETROATTIVITA' FINO AL _____

4 FUNZIONI APICALI		
4.1	Dirige o coordina una struttura ospedaliera ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.2	Elementi identificativi della struttura diretta o coordinata	denominazione
		numero dei posti letto:
4.3	Indicare con precisione la funzione svolta (direttore di unità operativa complessa, responsabile di strutture semplici, direttore di dipartimento, responsabile di area, ecc.)	
4.4	Numero complessivo dei collaboratori	n° (di cui: medici paramedici)
4.5	Nell'ultimo triennio si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato alla struttura diretta dal Proponente (come tale oppure ai singoli sanitari che vi operano)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?	
4.6	Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare, durante la validità del contratto, un sinistro a carico della struttura diretta dal Proponente o dei sanitari che vi operano, risarcibile ai sensi della copertura proposta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	affermativo, illustrare la situazione	

5 PRECEDENTI ASSICURATIVI		
5.1	Il Proponente è od è stato assicurato per i rischi della Responsabilità Civile Professionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Con quale Compagnia di assicurazione?	
5.2	In particolare, il Proponente ha avuto annullate polizze di Responsabilità Civile professionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, indicare	<ul style="list-style-type: none"> - la data: - la Compagnia: - il motivo dell'annullamento:
5.3	Il Proponente ha presentato richieste di preventivo ad altre Compagnie di assicurazione per i medesimi rischi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.4	A quali Compagnie?	
	Con quale esito?	

6 PRECEDENTI SINISTRI		
6.1	Nell'ultimo triennio si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato al Proponente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?	
6.2	Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare, durante la validità del contratto, un sinistro risarcibile ai sensi della copertura proposta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	In caso affermativo, illustrare la situazione	
	E' disponibile documentazione integrativa sul sinistro? (in caso positivo si prega di allegare copia)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

7 ALTRE INFORMAZIONI		
7.1	Il Proponente ha già in corso altre polizze con Unipol?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

		In caso affermativo fornire l'elenco:
7.2	Eventuali altre notizie che il Proponente ritiene utili per l'inquadramento del rischio	

Data:

Firma