

QUESTIONARIO INFORMATIVO

Generalità del Sottoscrittore
(in caso di più professionisti occorre che sia compilato un questionario ciascuno)

Nome e Cognome: _____

Indirizzo di residenza: via _____ comune di _____ prov. _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale o Partita IVA: _____

Indirizzo dello studio professionale _____

Laurea in: _____ oppure Diploma in _____

Specializzato in: _____ oppure specializzando in: _____

Informazioni sull'attività professionale

Il Sottoscrittore:

- 1) svolge l'attività come: Libero professionista Medico dipendente di struttura pubblica
 struttura privata
- 2) Acquisisce il **consenso informato** in forma scritta? Sì No
- 3) Esegue **interventi di tipo invasivo**? Sì No

Per **interventi di tipo invasivo** si intende il complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo appartengono a tale categoria di intervento: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotipici, inserimenti di pace-maker.

Se sì, indicare quali: _____

- 4) Esegue interventi chirurgici in **day surgery**? Sì No

Per interventi in **day surgery** si intendono gli interventi chirurgici con permanenza in strutture sanitarie senza pernottamento

Se sì, indicare quali: _____



5) Esegue **interventi chirurgici** che comportano **ricovero**? Si No

Per **interventi chirurgici** si intendono le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti o organi. Per **ricovero** si intende la permanenza in struttura sanitaria con pernottamento.

Se sì, indicare quali: _____

6) Esegue trattamenti di medicina estetica? Si No

Se sì, indicare quali: _____

7) Esegue interventi di chirurgia plastica (nota 1)? Si No

Se sì, indicare quali (specificando se si tratta di chirurgia ricostruttiva o estetica): _____

8) Pratica attività di Procreazione Medicalmente Assistita (v. nota 1)? Si No

Se sì, indicare il livello di PMA e presso quale struttura è svolta l'attività: _____

9) Pratica attività relativa all'ostetricia? Si No

10) Esegue interventi di implantologia (per Medici Dentisti) Si No

11) Svolge attività presso il reparto di pronto soccorso? Si No

12) Ricopre incarichi di direttore di struttura complessa (ex Primario – v. nota 2) o di analoga funzione organizzativa presso ente ospedaliero riconosciuto tale a norma di legge o presso clinica universitaria? Si No

13) Svolge:
- Attività di vigilanza e ispezione di stabilimenti per la produzione e lavorazione di carni (per Veterinari) Si No
- Incarichi di medico competente ai sensi del d.lgs. 81/2008 Si No

14) È interessato ad estendere la garanzia della responsabilità civile:
- alle perdite pecuniarie Si No
- al laboratorio di odontotecnico annesso allo studio assicurato: Si No

Nota (1): Attività non coperta dall'assicurazione

Nota (2): Analoghe funzioni organizzative (ad esempio Direttore Sanitario) presso strutture private non sono assicurabili



Informazioni per l'assicuratore

Il sottoscrittore:

15) Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Responsabilità Civile per l'attività esercitata? Sì No

Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza:

16) Ha avuto in passato polizze di Responsabilità Civile professionale disdette da altri Assicuratori? Sì No
Se sì, indicare la Compagnia Assicurativa, la data e il motivo della disdetta:

17) Ha ricevuto negli ultimi 5 anni richieste di risarcimento inerenti l'attività professionale? Sì No

Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare:

- Data: _____

- Descrizione evento: _____

- Entità della richiesta di risarcimento: € _____

- Esito:

- Data: _____

- Descrizione evento: _____

- Entità della richiesta di risarcimento: € _____

- Esito:

18) Alla data della compilazione del presente questionario, è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi per comportamenti colposi posti in essere nello svolgimento della professione? Sì No

Se sì, indicarne di seguito i dettagli: _____



19) Massimale richiesto per l'assicurazione di Responsabilità Civile: € _____

Eventuali ulteriori informazioni: _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il sottoscrittore alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza sia emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.

Il sottoscrittore riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Se tra la data di compilazione della presente Proposta-Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Proponente si impegna a darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.

Luogo e Data di compilazione

FIRMA

