

Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sociosanitarie
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA
E-MAIL		SITO WEB	

STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (H24)
 STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (DIURNA)

ATTIVITÀ ESERCITATA
 STRUTTURA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER ANZIANI (H24)
 STRUTTURA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER ANZIANI (DIURNA)

STRUTTURA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI MENTALI O FISICI (H24)
 STRUTTURA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI MENTALI O FISICI (DIURNA)

ANNO INIZIO ATTIVITÀ:		NUMERO ISCRIZIONE ALBO:		ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:					
FRANCHIGIA:					
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:					
RETROATTIVITÀ (anni):					

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
STRUTTURA PUBBLICA:	FATTURATO ANNUO CONSUNTIVO ESERCIZIO PRECEDENTE IN €
STRUTTURA PRIVATA NON CONVENZIONATA CON IL SSN::	FATTURATO ANNUO PREVENTIVATO ESERCIZIO IN CORSO IN €
STRUTTURA PRIVATA CONVENZIONATA CON IL SSN:	NUMERO DI POSTI LETTO:

INFORMAZIONI SULLE FIGURE MEDICHE, SANITARIE E NON SANITARIE

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
MEDICI DIPENDENTI:	OSS DIPENDENTI:
MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI:	OSS LIBERI PROFESSIONISTI:
INFERMIERI DIPENDENTI:	VOLONTARI:
INFERMIERI LIBERI PROFESSIONISTI:	DIPENDENTI NON SANITARI:

**CONDIZIONI SOGGETTE A PATTUIZIONE ESPRESSA
(LE CONDIZIONI ELENCATE SE NON SELEZIONATE NON SONO COPERTE)**

GARANZIA POSTUMA LETTERA A	SI/NO
DIRETTORE SANITARIO (NOME E COGNOME)	
DIRETTORE SANITARIO (SPECIALIZZAZIONE E ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO)	
NUMERO DEI MEDICI SOTTO LA DIREZIONE SANITARIA	
SPECIALIZZAZIONI DEI MEDICI	Scegliere un blocco predefinito.

ATTIVITÀ ESERCITATA E/O
SPECIALIZZAZIONI
(sono indicate tutte le specializzazioni
esercitate):

- | | |
|--|---|
| -- Allergologia ed Immunologia Clinica | -- Medico del Servizio di Emergenza Sanitaria |
| -- Anatomia Patologica (escluse analisi genetiche) | -- Medicina Interna |
| -- Andrologia | -- Medicina Legale e delle Assicurazioni |
| -- Angiologia | -- Medicina Generale/Medico di Base |
| -- Audiologia e Foniatria | -- Nefrologia |
| -- Dermatologia e Venereologia (esclusa la Medicina Estetica) | -- Neurologia |
| -- Diabetologia e Malattie Metaboliche | -- Neuropsichiatria (anche Infantile) |
| -- Ematologia | -- Oftalmologia |
| -- Endocrinologia e Malattie del Ricambio | -- Patologia Clinica (esclusa effettuazione di Analisi Genetiche) |
| -- Epatologia | -- Pediatria (esclusa Neonatologia e Rianimazione) |
| -- Geriatria | -- Pediatria di Libera Scelta |
| -- Igiene e Medicina Preventiva | -- Psichiatria |
| -- Malattie dell'Apparato Respiratorio/Pneumologo | -- Reumatologia |
| -- Malattie Infettive | -- Scienza dell'Alimentazione/Dietologia |
| -- Medicina del Lavoro compresa attività Medico Competente – Ispettore Sanitario | -- Tossicologia Medica |
| -- Medicina dello Sport | -- Urologia |
| -- Medicina Fisica e Riabilitativa/Fisiatria | |
| -- Medicina Termale/Idrologia | |
| -- Neolaureato: L'assicurato dichiara di non essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi da oltre 3 anni e di non aver compiuto i 34 anni di età | |
| -- Specializzando in una delle attività/specializzazioni sopra riportate | |

SEDI

Sede principale

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA
-----------	-------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------------------

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni (o anche in epoca antecedente qualora le suddette richieste di risarcimento e/o azioni perdurino a tutt'oggi o siano terminate sempre nell'arco degli ultimi 5 anni), anche se non notificate all'Assicuratore. I seguenti sinistri sono esclusi dalla copertura.

DATA EVENTO	DATA PRIMA RICHIESTA DI RISARCIMENTO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	--------------------------------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore. Le seguenti circostanze si intendono escluse dalla copertura se non diversamente pattuito.

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

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

.....
il contraente/assicurato