

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

2. Qualifica del Proponente/Assicurato

Specialista in Chirurgia dell'obesità e delle Malattie Metaboliche - Associato S.I.C.O.B - N. iscrizione _____

- Libero Professionista
 Libero Professionista "under 40"
 Dipendente e Libero Professionista
 Dipendente e Libero Professionista "under 40"

3. Periodo di Retroattività

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 e successivo Decreto del Ministero delle Imprese e del Made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232, pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 51, del 1° marzo 2024, in attuazione del disposto dell'art. 10, comma 6, Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Legge Gelli-Bianco" è obbligatorio sottoscrivere le polizze assicurative con un periodo di retroattività minima di 10 anni. La convenzione SICOB prevede addirittura la retroattività illimitata.

Selezionare la Retroattività richiesta:

- illimitata

4. Massimale di Polizza

Selezionare il Massimale per Sinistro e Periodo Assicurativo (segnare con una X il Massimale da "acquistare")

2.000.000 € per Sinistro 6.000.000 € per Massimale per Periodo di assicurazione/Serie di Sinistri	<input type="checkbox"/>
3.000.000 € per Sinistro 6.000.000 € per Massimale per Periodo di assicurazione/Serie di Sinistri	<input type="checkbox"/>
5.000.000 € per Sinistro 6.000.000 € per Massimale per Periodo di assicurazione/Serie di Sinistri	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

5. Garanzie Aggiuntive

Si intende acquistare le seguenti Garanzie Aggiuntive? (segnare con una X il campo "Garanzia Aggiuntiva da acquistare")

Garanzia Aggiuntiva	Garanzia Aggiuntiva da acquistare
Ruolo apicale e direzione sanitaria – Perdite Patrimoniali	
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione dello studio (RCT-RCO)	
Omissione adempimento Crediti ECM	

6. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa ed eventuale richiesta di frazionamento del premio

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

Indicare il frazionamento: Annuale Semestrale

7. Sinistrosità

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 10)

8. Fatti noti

Indicare se all'Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua responsabilità civile e/o penale negli ultimi 5 anni.

NO SI

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 10)

9. Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

NO SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

10. Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma – Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO SI

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

11. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 5) e 6) del presente Questionario

A) Sinistri

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Ammontare del danno richiesto: € _____

Età del danneggiato: _____

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- l'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: _____
- Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

- lesioni; grado di invalidità: _____%
- decesso
- danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: _____

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
- Concluso con addebito di responsabilità
- Concluso senza addebito di responsabilità
- Procedimento impugnato; Grado di giudizio: _____
- Transazione

Importo risarcito: € _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Professionale del Medico

B) Fatti noti

Specifiche di dettaglio dei Fatti Noti di cui al punto 6) del presente Questionario.

1) Indicare la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del Fatto Noto:

- Notizie
- Querele
- Atti giudiziari
- Indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria
- Altro _____

2) Riportare una descrizione dell'evento:

3) Stato procedimento Penale

Indicare se sia in corso **un procedimento penale**, ma non vi sia la costituzione di parte civile del danneggiato o dei suoi aventi diritti:

SI NO

Se "SI" indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

Numero procedimento: _____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___ / ___ / _____

Il Contraente _____