Questionario responsabilità civile del medico libero professionista

Dati del Proponente:_____

Indirizzo: _____

Codice fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

PRECEDENTI ASSICURATIVI: _____

Impresa Assicuratrice: _____

Periodo di polizza: _____ Massimale di polizza: _____

Premio ultima annualità _____

Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo: _____

Massimale desiderato: _____ retroattività desiderata: _____

esclusione procedure invasive?: **SI** ☐ **No** ☐

specializzazione _____

SINISTROSITÀ PREGRESSA:

sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare responsabilità? **SI** ☐ **No** ☐

Indicare se il Proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste **SI**☐ **No**☐

In caso affermativo ad una delle suddette domande si prega di fornire – in merito a ciascun sinistro e/o circostanza

Dalla quale possa scaturire un sinistro rientrante nella tipologia di copertura offerta da questa polizza:

Descrizione dell'evento dannoso: _____

_____

Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica _____

Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili _____

Dichiarazione

Il sottoscritto, dichiara

a) **Che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;**
b) **Di prendere atto che questa proposta non vincola ne gli Assicuratori né il proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione;**
c) **Che, qualora le parti sottoscrivano la polizza in oggetto, sarà sottoposto al cliente nuovo questionario da compilare in funzione della Compagnia prescelta, che il nuovo modulo di proposta sarà preso come base per la stipula del contratto e che sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.**

Data _____

Firma _____

Nome e cognome (in Maiuscolo) _____

Qualifica _____