



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO DIPENDENTE / LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE E/O DEL MEDICO CONVENZIONATO.

(Art.120 comma 3del Codice delle Assicurazioni – Art.52 del Regolamento ISVAP n.5/2006)

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporLe un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. Al riguardo desideriamo sottolinearLe che la mancanza di tali informazioni non permette la corretta ed esaustiva valutazione delle Sue necessità assicurative e dell'adeguatezza della copertura di cui al rischio sopra indicato alle sue esigenze assicurative.

Qualora Lei non intendesse fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste sotto riportata.

RIFIUTO A RISPONDERE:

Il Sottoscritto Proponente dichiara di non voler fornire una o più informazioni a lui richieste e riportate nel questionario, nella consapevolezza che ciò può pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative. Dichiara comunque di voler stipulare il relativo contratto sulla base delle sole informazioni rese.

Luogo e data

Il Proponente

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA

ANAGRAFICA CLIENTE

Cognome Nome

Indirizzo di residenza

Luogo e data di nascita

DISPONIBILITA' DI SPESA

In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la Sua disponibilità di spesa per il contratto richiesto?

- Fino a € 250
- Da € 250 a € 500
- Da € 500 a € 1000
- Da € 1000 a € 2000
- Da € 2000 a € 5000
- Oltre € 5000



ATTIVITA' CHIRURGICHE E INVASIVE

- Andrologia con attività chirurgica
- Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva
- Angiologia
- Cardiochirurgia
- Cardiologia interventistica
- Chirurgia addominale
- Chirurgia d'urgenza e 118
- Chirurgia della mano
- Chirurgia Estetica Plastica
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)
- Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia Ricostruttiva
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*
- Ematologia con attività invasiva
- Endocrinochirurgia
- Gastroenterologia
- Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva
- Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)
- Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)
- Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)
- Malattie infettive con attività invasiva
- Medicina d'Urgenza e 118
- Medicina di base (Chirurgia Minore)*
- Medicina estetica con attività invasiva
- Medicina Generale con attività invasiva
- Medicina interna con attività invasiva
- Nefrologia
- Neurochirurgia
- Neurologia con atti invasivi
- Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)
- Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica
- Odontoiatria/Stomatologia con implantologia
- Oncologia e Senologia
- Ortodontista
- Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi
- Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)
- Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)
- Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)
- Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)
- Pediatria con neonatologia e TIN
- Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*
- Pneumologia con attività invasiva
- Radiologia Interventista e neuroradiologia
- Terapia del dolore con atti invasivi
- Urologia

*NOTA: *Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.*



ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE

- Allergologia e Immunologia clinica
- Anatomia patologica
- Andrologia
- Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva senza attività invasiva
- Angiologia e Flebologia
- Audiologia
- Biochimica Clinica
- Cardiologia
- Dermatologia- Venereologia
- Diabetologia e malattie del metabolismo
- Ematologia e Medicina Trasfusionale
- Endocrinologia e malattia del ricambio
- Epatologia
- Farmacia Ospedaliera
- Farmacologia
- Fisica Medica
- Gastroenterologia
- Genetica Medica
- Geriatria
- Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita;
- Igiene degli alimenti
- Igiene e medicina preventiva
- Malattie infettive
- Malattie Tropicali
- Medicina Aeronautica e spaziale
- Medicina del lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina di Base
- Medicina di comunità
- Medicina d'urgenza
- Medicina estetica
- Medicina fisica riabilitativa
- Medicina generale
- Medicina interna
- Medicina legale
- Medicina Nucleare
- Medicina Termale
- Medicine non convenzionali e osteopatiche
- Microbiologia/Virologia
- Nefrologia
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria
- Neuropsichiatria infantile
- Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici
- Odontoiatria senza implantologia
- Oncologia
- Ortopedia senza atti invasivi ma comprese infiltrazioni
- Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita;



- Otorinolaringoiatria
- Patologia Clinica
- Pediatria senza neonatologia
- Pneumologia
- Psichiatria
- Psicologia Clinica
- Radiodiagnostica (no mammografia)
- Radiodiagnostica con mammografia
- Radioterapia
- Reumatologia
- Scienze dell'alimentazione
- Stomatologia senza implantologia
- Terapia del dolore e cure palliative
- Tossicologia medica
- Urologia

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
- Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata
- Medico Dipendente di struttura privata
- Medico convenzionato con S.S.N.
- Medico Dipendente di struttura pubblica

LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Denominazione della struttura in cui viene svolta l'attività:

- 1) _____ Pubblica Accreditata Privata
- 2) _____ Pubblica Accreditata Privata

CARICHE SANITARIE

Riveste cariche di Direttore Sanitario?

- Sì
- No

ESIGENZE ASSUNTIVE

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Per ottemperare agli obblighi di legge
- Protezione del patrimonio in caso di danni arrecati nell'espletamento dell'attività esercitata
- Impegni contrattuali
- Personali esigenze di prevenzione del rischio
- Altro: _____



TIPOLOGIA DI CONDIZIONI IN RELAZIONE ALLA GARANZIA RICHIESTA

Quale tipologia di copertura preferisce assumere in relazione alla verifica dell'evento assicurato?

- Con scoperto (percentuale di danno che rimane a carico dell'assicurato) o franchigia (importo fisso del danno che rimane a carico dell'assicurato)
- Totale

DURATA

Quale è la durata per la quale Lei è interessato alla copertura dei suoi rischi?

- 1 anno con tacito rinnovo annuale
- 1 anno senza tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
- più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA

Le è sufficientemente chiaro il funzionamento delle coperture operanti in regime di "claims made", ovvero "a richiesta fatta", le quali prevedono che la garanzia operi per le richieste di risarcimento a Lei pervenute nel corso della durata del contratto, anche se conseguenti ad eventi avvenuti in data antecedente la decorrenza dello stesso, purché avvenuti nel periodo di retroattività stabilita in polizza?

- Sì
- No

Qual è il limite di retroattività al quale Lei è interessato per la copertura dei suoi rischi?

- 10 anni
- Illimitata
- Altro

Stante la più ampia tutela garantita da tali coperture allorché operanti con retroattività illimitata, esistono specifiche motivazioni che La inducono a scegliere soluzioni che ne riducano la portata?

- SI
- NO

Quali? _____

COPERTURE IN ESSERE

Polizze in corso per il medesimo rischio

- Sì
- No

Quando? _____

Da quale Compagnia? _____

Per quali motivi? _____

E' a conoscenza dell'esistenza di una polizza per il rischio della Responsabilità Civile Medica, sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività?

- Sì
- No

Compagnia: _____

Ha presentato ad AmTrust Europe Limited altre proposte per i medesimi rischi negli ultimi 90 giorni? **Nota quest'ultima domanda centra poco con l'adeguatezza e non vorrei venisse considerata in contrasto con quanto richiedete sotto il profilo trasparenza, perché è una domanda più da questionario**



sanitario o per ridurre eventuali spazi di incertezza nell'assunzione del rischio

- Sì
 No

Massimale Polizza: _____

SELF – AWARENESS

Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del regolamento 5 ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

- Sì
 No

Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

- Sì
 No

Le sono molto chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

- Sì
 No

Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto e contenute nel Fascicolo Informativo?

- Sì
 No

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Il contratto richiesto risulta essere adeguato alle esigenze assicurative del Proponente così come qui dichiarate

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente

DICHIARAZIONE DI POSSIBILITA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato circa i principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative. Il sottoscritto Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente