

Preventivo n.

Intermediario

Proponente

Codice fiscale o Partita I.V.A.

**RACCOLTA DEI DATI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO RELATIVO A R.C.
PROFESSIONISTA SANITARIO**

Dichiarazione del Proponente sulle caratteristiche dei rischi da assicurare contro il rischio R.C. Professionista Sanitario. Ai sensi e per gli Art. 1892, 1893, e 1910 del Codice Civile nonché efficacia e validità delle garanzie, Il Proponente dichiara quanto segue:

Laurea conseguita nell'anno: _____

Numero iscrizione all'albo _____

Iscritto all'associazione _____

Numero iscrizione _____ dal ____ / ____ / ____

☐ Specializzato ☐ Specializzando in _____

c/o ospedale _____ c/o altra struttura _____

Reparto _____

1 Assicurazione in corso ☐ SI ☐ NO

In caso affermativo indicare:

Società _____

Numero polizza _____

Massimale € _____

Decorrenza _____

Scadenza _____

Precedenti assicurazioni ☐ SI ☐ NO

In caso affermativo indicare:

Società _____

Numero polizza _____

Massimale € _____

Decorrenza _____

Scadenza _____

Se annullate indicarne il motivo _____

Professionista Sanitario HDI Proposta – Questionario

2	Il proponente è a conoscenza di fatti che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni rientranti nelle coperture previste dalla presente proposta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare tutte le informazioni inerenti: <hr/> <hr/> <hr/>		
3	Il proponente ha ricevuto richieste di risarcimento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare data e motivazione delle richieste: <hr/> <hr/> <hr/>		
4	Il proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Polizza a secondo rischio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo, la polizza a primo rischio è stipulata dall'ente ospedaliero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
In caso negativo (polizza a primo rischio non stipulata dall'ente ospedaliero) completare con i dati della polizza privata stipulata a primo rischio		
Società <hr/>		
Numero polizza <hr/>		
Massimale € <hr/>		
Decorrenza <hr/>		
Scadenza <hr/>		
(N.B. si prega di fornire copia del contratto a primo rischio) <hr/>		

Luogo e data

Il Proponente
