

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 _____

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: _____ _____ _____
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: _____ _____ _____
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 _____ Numero polizza _____ Massimale € _____ Decorrenza _____ Scadenza _____ (N.B. si prega di fornire copia del contratto a primo rischio)

Luogo e data

Il Proponente
