

Libero Professionista - Convenzionato S.S.N.
Dipendente Struttura Privata - Dipendente di Struttura Pubblica

N.B. La compilazione del presente Questionario **NON** impegna le Parti, ma serve unicamente per individuare il profilo di rischio del MEDICO al fine di sottoporre **Polizze R.C. Professionale e Tutela Legale confacenti alle reali esigenze professionali**

Compilare e Inviare assita@assita.com - FAX 02 48.01.22.95 - 800-237220

Cognome - nome _____ cod. fiscale _____
 Nato a _____ il _____ numero iscr.ne Albo Professionale _____
 Indirizzo _____ cap _____ città _____
 Telefono _____ cell. _____ fax _____
 e-mail: _____ PEC _____
 Iscritto all'Albo Medici di _____ dal _____

Attività svolta dal Medico alla data del _____

- Giovane Medico con anzianità all'Albo non superiore a 3 anni** **Specializzando**
 Generico - di Base **Specialista esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici**
 Specialista compresi accertamenti diagnostici invasivi **Radiologo**
 Medico che pratica la Chirurgia **Anestesista/Rianimatore**
 Ortopedico che pratica la chirurgia **Ginecologo - Ostetrico con o senza assistenza al parto**
 Dentista / Odontoiatra esclusa l'implantologia **Dentista / Odontoiatra compresa l'implantologia**

DETTAGLIARE Specializzazione e Attività Svolta _____

INCARICO **Direttore/Capo Dipartimento** **Direttore Sanitario** **Somministrazione Vaccino antiCOVID-19**

REGIME

- Libero Professionista**
 con Attività Ambulatoriale Extramoenia e Attività svolta in regime Libero
 Professionale all'interno di Struttura Sanitaria Pubblica, Accreditata o Privata **Dipendente di Struttura Pubblica**
 Convenzionato S.S.N. **Dipendente di Struttura Privata**
 Specializzando

C/O

Denominazione della Struttura	Tipo di struttura
1. _____	<input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Accreditata <input type="checkbox"/> Privata
2. _____	<input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Accreditata <input type="checkbox"/> Privata

MASSIMALE € **SCELTA** - Periodo di **RETROATTIVITÀ**

- 500.000** | **1.000.000** | **Altro** _____
 nessuna | **n. _____ anni** | **Illimitata**

Polizze in corso o annullate

- Polizze **in corso** per il medesimo rischio? **NO** **SI** **allegare copia**
 Compagnia _____ Massimale _____ Scadenza _____
 Sono state **annulate/disdettate** polizze **R.C. Professionale**? **NO** **SI** **allegare copia**
 Quando? _____ Da quale Compagnia? _____
 Per quali motivi? _____
 È titolare di una polizza di **Tutela Legale**? **NO** **SI** Compagnia? _____
 Ha richiesto negli ultimi 90 giorni altri preventivi? **NO** **SI** a quale Assicuratore? _____
È a conoscenza dell'esistenza di una polizza di Primo Rischio sottoscritta da Studio/Ente presso cui presta la propria attività? **NO** **SI** **allegare copia** Compagnia _____

SINISTRI negli ultimi 5 anni

- Sono pervenute richieste di **risarcimento** per danni imputabili a responsabilità professionale medica? **NO** **SI**
 È a conoscenza di **circostanze** che possano far presupporre l'insorgenza di un danno? **NO** **SI**

Con l'invio della presente, **compilata in ogni parte**, si autorizza ASSITA S.p.A. ad inoltrare tutta la documentazione agli indirizzi e-mail indicati sul Questionario

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali (D.Lgs. 193/2003 - GDPR 679/2016) si precisa che Assita tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati.