



ZURICH

**Questionario
Responsabilità civile professionale
MEDICI (Ed. 08/2006)**

Istruzioni per il richiedente

- A. Si prega di rispondere a tutte le domande. Le informazioni richieste sono necessarie allo scopo di effettuare una corretta valutazione del rischio.
- B. Qualora una domanda non fosse pertinente all'attività svolta, indicare N/A. Nel caso in cui, per rispondere ad una domanda occorresse più spazio, predisponete un allegato evidenziando il numero della risposta.
- C. Il titolare dello Studio dovrà datare e sottoscrivere il questionario.

1. Nome e Cognome del Medico

2. Specializzazione conseguita dal Medico

3.

4. Attività svolta dal Medico (indicare l'attività realmente svolta dal Medico indipendentemente dalla specializzazione conseguita)

5. Data in cui il richiedente ha conseguito l'abilitazione professionale

6. Il richiedente è:

- Specializzando
- Libero Professionista
- Dipendente di Asl o di Azienda Ospedaliera
- Dirigente di I° Livello
- Dirigente di II° Livello

7. Se dipendente di Asl o di Azienda ospedaliera è a conoscenza di eventuali coperture assicurative stipulate dagli Enti stessi?

Se sì, quali?

- RC Asl
- Colpa grave dei dipendenti
- Entrambe

Se sì, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza
- Premio

8. Il sottoscritto dichiara di avere altre coperture di Responsabilità Civile Professionale (polizze in corso, polizze scadute ma con garanzie operative)

Se sì, specificate il massimale di copertura, le franchigie e la data di scadenza della copertura assicurativa

- Compagnia Assicuratrice
- Massimale di assicurazione
- Franchigie
- Data di scadenza
- Premio

8. Vi è mai stata rifiutata, da qualche Compagnia Assicurativa, il rinnovo della copertura per la responsabilità civile professionale? (Indicare l'anno in cui vi è stata rifiutata la richiesta, il nome della Compagnia Assicurativa che ha rifiutato la copertura, il massimale richiesto e la motivazione del rifiuto)

Anno	Compagnia Assicurativa	Massimale richiesto	Motivazione
------	------------------------	---------------------	-------------

9. Negli ultimi cinque anni vi è stata inoltrata qualche richiesta di risarcimento?

Anno	Richiedente	Importo Pagato	Importo Riservato
------	-------------	----------------	-------------------

10. Siete a conoscenza di fatti o circostanze di sinistro che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento in responsabilità civile professionale.

11. Siete mai stati soggetti a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine professionale?

Data Sanzione

Tipo Sanzione

Motivazione

12. Coperture richieste (massimali, franchigie)

Tipo di copertura: RC professionale
 Tutela Legale

Estensioni richieste:

Massimali / somme assicurate: €

Franchigie: 0,00 €

Con la sottoscrizione del presente questionario – composto da 6 pagine compresa la presente – il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

Firmando tale richiesta non si impegna la Compagnia Assicurativa a perfezionare l'assicurazione.

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

Data e Luogo

Nome, Cognome e Titolo

Firma



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. N. 196/2003 ("CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI")

Per rispettare la legge in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), La/Vi informiamo che i dati da Lei/Voi forniti, e col Suo/Vostro consenso, saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e saranno utilizzati dalle società Zurich Insurance Company S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia e Zuritel S.p.A. (entrambe con sede in Milano, P.zza C. Erba n. 6) unicamente per la valutazione del rischio e del relativo premio da applicare allo stesso.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificamente: aree di business danni e vita, liquidazione sinistri, servizi interni quali comunicazione, legale, organizzazione, auditing, compliance, antifrode, attuariato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

I dati personali da Lei/Voi forniti potranno essere comunicati, sempre limitatamente al fine di valutare il rischio ed il relativo premio da applicare allo stesso, a soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM); associazioni/enti/società terze con cui le società abbiano concluso convenzioni o accordi di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali nonché per finalità di reporting; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto.

In qualsiasi momento Lei/Voi potrà/potrete rivolgervi per informazioni al nostro Servizio Clienti - P.zza C. Erba n. 6 - 20129 Milano - tel. 02-5966.2510 - oppure fare richiesta scritta alle Società titolari per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.).

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa, con la quale, per rispettare la legge sulla "privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Acconsento/tiamo

SI

NO

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma _____

