

**Questionario per la richiesta di quotazione della  
Responsabilità civile Professionale Medico Specialista, Veterinari,  
Medico Neolaureato o specializzando, Operatore Sanitario non Medico**

Importante: Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo. UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

**Sezione A: Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)**

- Medico Specialista  
 Operatore Sanitario non Medico  
 Veterinario  
 Medico Neolaureato e/o specializzando con sconto del 35% (\*)

(\*) Tale agevolazione viene riconosciuta ai laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio è valido per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età

**Sezione B: DATI PROPONENTE**

**1) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Codice fiscale / P. IVA: \_\_\_\_\_

Data di costituzione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inizio attività \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Completare la tabella con l'elenco delle persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione:

NOME E COGNOME	SPECIALIZZAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	DATA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO/ABILITAZIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	LP	DS	T

Legenda: LP-LIBERO PROFESSIONISTA T- PERITO DEL TRIBUNALE  
DS- DIREZIONE SANITARIA (si veda la domanda C 5 b – se è richiesta l'estensione indicare il numero di strutture)

**2) Se il contraente è singolo professionista indicare:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale / P. IVA: \_\_\_\_\_

Data di nascita / Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data iscrizione all'Albo/Abilitazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inizio attività \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3) Dati generali (da compilare sempre con i dettagli di ciascuna sede):** Numero sedi totali: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO SEDI	CAP	LOCALITÀ	PROVINCIA	RC CS

Legenda: RC CS (Rc conduzione dello studio si veda la domanda C 5 e – se è richiesta l'estensione indicare per quali sedi)

Indirizzo e-mail e/o indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

N. Telefonico N. cellulare: \_\_\_\_\_

**4) Il contraente/assicurato fa firmare al paziente il consenso informato?**

Si  No

**Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**
**1) Indicare la specializzazione per la quale si richiede l'assicurazione:**
**NB: per l'esclusione degli atti invasivi si veda deroga all'art. 28 del testo di polizza**

<b>Medici Specializzati e Specializzandi/Neolaureati</b>			
<b>M</b>	Allergologia ed Immunologia Clinica	<b>M</b>	Medicina generale
<b>M</b>	Anatomia patologica	<b>M</b>	Medicina Interna esclusione Cardiologia e Gastroenterologia
<b>M</b>	Andrologo	<b>M</b>	Medicina legale
<b>M</b>	Angiologia/Flebologia	<b>M</b>	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche
<b>M</b>	Audiologia e foniatria	<b>M</b>	Medico codificatore di storia clinica del paziente
<b>M</b>	Biochimica e chimica clinica	<b>M</b>	Medico Terapista della respirazione
<b>M</b>	Biologia e specializzazioni varie	<b>M</b>	Nefrologia
<b>M</b>	Cardiologo ambulatoriale esclusi atti invasivi	<b>M</b>	Neurofisiopatologo
<b>M</b>	Dermatologia e Venereologia	<b>M</b>	Neurologia
<b>M</b>	Diabetologo	<b>M</b>	Neuropsichiatria/Neuropsichiatria infantile
<b>M</b>	Ematologia	<b>M</b>	Oculista
<b>M</b>	Endocrinologia e malattie del ricambio	<b>M</b>	Omeopata
<b>M</b>	Epatologia	<b>M</b>	Oncologo
<b>M</b>	Farmacologo/Medico farmacista	<b>M</b>	Ortopedico
<b>M</b>	Gastroenterologo ambulatoriale esclusi atti invasivi	<b>M</b>	Otorino
<b>M</b>	Geriatra	<b>M</b>	Patologia clinica
<b>M</b>	Ginecologo ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita	<b>M</b>	Pediatra di libera scelta (esclusa neonatologia, rianimazione)
<b>M</b>	Igiene e medicina preventiva	<b>M</b>	Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 giorni di vita
<b>M</b>	Immunologia	<b>M</b>	Psichiatria/Clinica Psichiatrica
<b>M</b>	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<b>M</b>	Psicologia clinica
<b>M</b>	Malattie infettive/Malattie Tropicali	<b>M</b>	Radiologo
<b>M</b>	Medicina aeronautica e spaziale	<b>M</b>	Reumatologia
<b>M</b>	Medicina d'urgenza senza atti invasivi	<b>M</b>	Scienza della alimentazione/Dietologia
<b>M</b>	Medicina del lavoro	<b>M</b>	Senologo
<b>M</b>	Medicina dello sport	<b>M</b>	Veterinari solo animali domestici e di compagnia (no animali da competizione)
<b>M</b>	Medicina di base	<b>M</b>	Veterinari animali domestici e di compagnia e animali da allevamento (no animali da competizione)
<b>M</b>	Medicina di comunità	<b>M</b>	Urologo
<b>M</b>	Medicina estetica senza atti invasivi	<b>M</b>	Neolaureato e specializzando (nei primi 4 anni d'iscrizione)
<b>M</b>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<b>M</b>	Direttore di Struttura Sanitaria**indicare i dettagli al punto 1h)
<b>Operatori Sanitari non medici</b>			
<b>P</b>	Analista al microscopio	<b>P</b>	Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita
<b>P</b>	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<b>P</b>	Paramedico
<b>P</b>	Bionaturopata	<b>P</b>	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
<b>P</b>	Chiropratico	<b>P</b>	Personal trainer
<b>P</b>	Consulente della riabilitazione/Osteopata	<b>P</b>	Podologo
<b>P</b>	Cosmetologo	<b>P</b>	Pranoterapeuta
<b>P</b>	Dosimetrista	<b>P</b>	Psicologo
<b>P</b>	Epidemiologo	<b>P</b>	Radioterapista
<b>P</b>	Farmacista	<b>P</b>	Riflessologo
<b>P</b>	Fisico Medico	<b>P</b>	Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
<b>P</b>	Fisioterapista	<b>P</b>	Sonografista, Ecografista
<b>P</b>	Igiene degli alimenti	<b>P</b>	Tecnico Addetto di Farmacia
<b>P</b>	Infermiere	<b>P</b>	Tecnico Audiometrista
<b>P</b>	Informatore scientifico della salute, informatore medico scientifico	<b>P</b>	Tecnico Audioprotesista
<b>P</b>	Ingegnere biomedico	<b>P</b>	Tecnico degli ultrasuoni
<b>P</b>	Ispettore Sanitario	<b>P</b>	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
<b>P</b>	Kinesiologo	<b>P</b>	Tecnico di apparecchi acustici
<b>P</b>	Logopedista	<b>P</b>	Tecnico di camera iperbarica
<b>P</b>	Massaggiatore	<b>P</b>	Tecnico di laboratorio
<b>P</b>	Massoterapista	<b>P</b>	Tecnico di medicina nucleare
<b>P</b>	Medicina non convenzionale (agopuntura, med. tradizionale cinese, med. Ayurvedica, med. Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia)	<b>P</b>	Tecnico di Neurofisiopatologia
<b>P</b>	Musico Terapista	<b>P</b>	Tecnico ECG
<b>P</b>	Naturopata	<b>P</b>	Tecnico ortopedico
<b>P</b>	Oftalmologo	<b>P</b>	Tecnico prevenzione ambiente e sicurezza luoghi di lavoro
<b>P</b>	Operatori Socio Sanitari (OSS, OSA, ASA, OTA)	<b>P</b>	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<b>P</b>	Optometrista	<b>P</b>	Terapista del lavoro
<b>P</b>	Ortesista / Protesista	<b>P</b>	Terapista della neuro e psico motricità età evolutiva
<b>P</b>	Ortopedista	<b>P</b>	Terapista occupazionale
<b>P</b>	Ortottista - Assistente di oftalmologia	<b>P</b>	Tossicologia medica
		<b>P</b>	Tossicologo ambientale

**2) Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo** (indicare il massimale richiesto)

€250,000     €500,000     €750,000     €1,000,000     Altro € \_\_\_\_\_ (richiesta direzionale)

**3) Franchigia\*:** per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa di **€ 500,00**

Indicare se si richiede una franchigia maggiore  € 1.000 (sconto 10%)  € 2.500 (sconto 20%)

**\*N.B. per i neolaureati e/o specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà del 35%.**

**4) Retroattività** (indicare la retroattività richiesta):

- 2 anni (se la data di iscrizione all'albo è inferiore, data iscrizione albo)** senza sovra premio  
 5 anni premio (aumento 30%)  
 10 anni premio (aumento 40%)

**5) Garanzie aggiuntive:**

- a) Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio € 180,00 e massimale fisso € 1.000.000,00  
 b) Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 50% - estensione soggetta a verifiche)

**Si tratta di RSA?**    Sì     No

Indicare la/e **Struttura/e Sanitaria/e** presso la/e quale/i svolge l'attività di Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (Nome/i ed indirizzo/i) e **data di inizio incarico:**

- c) Perito del tribunale  
 d) Estensione territoriale Unione Europea (aumento 20%)  
 e) Rc conduzione dello studio - Numero sedi per il quale si richiede copertura: \_\_\_\_\_  
 massimale € 250.000,00 scoperto 10% min. € 1.000,00 (aumento minimo € 350)

**6) E' richiesta la polizza Tutela legale:** Sì  No

**a) TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ** (da compilare solo se l'assicurato è medico):

- Medico SOLO AMBULATORIALE CHE NON EFFETTUA ALCUN INTERVENTO INVASIVO  
 Medico CHE NON EFFETTUA INTERVENTI CHIRURGICI O EFFETTUA PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI E/O AMBULATORIALI

**b) TIPOLOGIA DI COPERTURA:**

- COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) con libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti  
 COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) senza libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti

**c) MASSIMALE RICHIESTO:**

€5.000     €10.000     €15.000     €20.000     €25.000     altro massimale € \_\_\_\_\_ (richiesta direzionale)

**d) GARANZIE AGGIUNTIVE:**

- Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento minimo 20%)  
 Colpa grave (aumento 20%) *dipendente pubblico presso l'Ente/Struttura e data inizio incarico:*

Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo (12 mesi in luogo dei 6 contrattualmente previsti) (aumento 20%)

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 6)**

1) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Rc professionale e/o tutela legale)?	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
2) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> negli ultimi 5 anni (Rc professionale e/o tutela legale)?	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
3) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
4) Il contraente/assicurato o uno dei suoi Associati è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

**Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

<p>1) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>RC Professionale</b>?</p> <p>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) Nome degli Assicuratori _____          Numero di Polizza _____</p> <p>(b) Massimale assicurato € _____</p> <p>(c) Franchigia € _____</p> <p>(d) Data di scadenza _____</p> <p>(e) Numero di anni di copertura precedente continua _____</p> <p>Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.</p>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
<p>2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>Tutela Legale</b>?</p> <p>In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:</p> <p>(a) Nome degli Assicuratori _____          Numero di Polizza _____</p> <p>(b) Massimale assicurato € _____</p> <p>(c) Franchigia € _____</p> <p>(d) Data di scadenza _____</p> <p>(e) Numero di anni di copertura precedente continua _____</p> <p>Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.</p>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>
<p>3) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Rc professionale e/o tutela legale?</p>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

### DICHIARAZIONE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
- Di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

**ALLEGATO 1****SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto alla Sezione D (1-2-3-4) della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

**A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alla Sezione D:**

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente alla Sezione D del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Procedimento penale
- Procedimento amministrativo
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

**B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo**

- Data Ricezione Della Notifica \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_  Data dell'evento: \_\_\_\_\_  Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato: **Si**  **No**
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza: \_\_\_\_\_

**C) Stato del sinistro**

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si**  **No**

Se sì: Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

---

---

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

---

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---