

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilane@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO OSPEDALIERO DIPENDENTE. ESCLUSIVA GARANZIA PER RIVALSA SU COLPA GRAVE DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA	
(Crocezzare)	Medico Generico – di Base
	Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici
	Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi
	Anestesista/Rianimatore
	Medico che pratica la chirurgia
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia
	Medico che pratica la chirurgia estetica
	Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia
	Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto
	Specializzando (formula Young)
	Personale Sanitario non medico

Che tipo di attività svolge

(Crocezzare)

l'attività descritta come:

(Crocezzare)

(Crocezzare)	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
	Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata
	Medico Dipendente di struttura privata
	Medico Convenzionato con il S.S.N.
	Medico Dipendente di struttura pubblica
	Personale Sanitario dipendente di struttura pubblica

l'attività descritta viene svolta presso:	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilanese@legalmail.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009 – C. Fiscale e P. I. 02983670361 – Capitale Sociale € 60.000.000,00 i.v.

detiene polizze in corso per il medesimo rischio?	<u>Si'</u>		<u>No</u>	
--	------------	--	-----------	--

è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?	<u>Si'</u>		<u>No</u>	
In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza				

L'esigenza di copertura è determinata da: (Crocettare)	Obblighi di Legge			
	Impegni Contrattuali			
	Personali esigenze di prevenzione del rischio			
	Altro (descrivere)			

Firma (leggibile) dell'Assicurando

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto.

Firma (leggibile) dell'Assicurando
