

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

PRODOTTO TUTELA LEGALE

Gentile Cliente, La informiamo che la compilazione del presente questionario è necessaria in quanto finalizzata ad acquisire informazioni utili a valutare le Sue richieste ed esigenze e, quindi, a creare una soluzione assicurativa in linea.

AVVERTENZA PRELIMINARE TUTELA LEGALE

L'assicurazione ha per oggetto l'onere delle spese legali occorrenti per la difesa dei propri interessi in sede giudiziale e in sede extragiudiziale. L'esito delle vertenze ha infatti impatti significativi sulla vita quotidiana e professionale e ciò rende indispensabile la tutela da parte di Legali competenti e specializzati.

Il prodotto è costituito da cinque linee di rischio: A) Vita privata, B) Azienda C) Professioni non mediche D) Professioni mediche E) Circolazione stradale.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il contraente è una persona Fisica ☐ Giuridica ☐

Cognome e Nome / Ragione Sociale (nel caso di persona giuridica)

Luogo di nascita: _____ prov.: _____ data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Partita IVA: _____

Residenza: _____

Sede Legale: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL COINTESTATARIO SE PRESENTE

Il cointestatario è una persona Fisica ☐ Giuridica ☐

Cognome e Nome / Ragione Sociale (nel caso di una persona giuridica)

Luogo di nascita: _____ prov.: _____ data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Partita IVA: _____

Residenza: _____

Sede Legale: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

LINEA D - PROFESSIONI MEDICHE

Linea di rischio D (Professioni mediche)	Massimale Euro 21.000 per evento, illimitato per anno
--	---

Di seguito indichi la tipologia dell'attività svolta e la specializzazione:

Barrare con una Croce	Classe di Rischio	Specializzazioni
	1	Medici che effettuano interventi chirurgici Medici specializzati in ortopedia, traumatologia, ginecologia, anesthesiologia, chirurgia plastica, cardiocirurgia, neonatologia, medicina d'emergenza - urgenza Medici odontoiatri che esercitano attività di implantologia Operatori sanitari ostetrici
	2	Medici che non effettuano interventi chirurgici o effettuano piccoli interventi domiciliari e/o ambulatoriali Medici odontoiatri che non esercitano l'attività di implantologia Psicologi e Psicoterapeuti
	3	Medici di base, medici specializzandi, veterinari Operatori sanitari e Operatori tecnico-sanitari (eccetto ostetrici)

Ubicazione della sede: _____

È un lavoratore dipendente? SI ☐ NO ☐

Nel caso abbia dei dipendenti, indichi il numero totale:

- ☐ Fino a 2 dipendenti
☐ Da 3 a 4 dipendenti
☐ Da 5 a 7 dipendenti
☐ Da 8 a 10 dipendenti

La professione viene svolta in uno studio associato? SI ☐ NO ☐

Se SI, indichi il numero degli associati:

- ☐ Fino a tre medici
☐ Oltre tre medici

Possiede una polizza di Responsabilità Civile Professionale per l'attività di Medico con Assicuratrice Milanese? SI ☐ NO ☐

Se SI, indichi il numero della Polizza: _____

LA SPECIALIZZAZIONE DEI MEDICI DEVE RIENTRARE NELLA MEDESIMA CLASSE DI RISCHIO, DIVERSAMENTE PER LA CORRETTA TARIFFAZIONE SI DOVRA' INSERIRE LA CLASSE DI RISCHIO MAGGIORE

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare:

- Garanzia accessoria A - Vertenze contrattuali: SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria B - Vertenze con il datore di lavoro: SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria C - Vertenze con i pazienti compreso il recupero dei crediti: SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria D - Vertenze con i pazienti escluso il recupero dei crediti: SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria E - Anticipo spese penale doloso: SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria F - Spese legali di Avvocato domiciliatario: SI ☐ NO ☐
- Desidera inoltre innalzare il massimale per vertenza? SI ☐ NO ☐

indichi di seguito il massimale

26.000 ☐ 31.000 ☐ 50.000 ☐