

Questionario/Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

Parte 1. - Anagrafica

Cognome e nome del Proponente _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ cap. _____ prov. _____

Mail/Pec _____ Tel. _____

Titolo di abilitazione professionale

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria
- Laurea in Veterinaria
- Laurea in Scienze Infermieristiche
- Altra Laurea del Ruolo Sanitario

Data di Rilascio _____ Ente _____

Specializzazione/i medica posseduta/e (da indicare obbligatoriamente)

1. _____ conseguita il _____
2. _____ conseguita il _____
3. _____ conseguita il _____

(In alternativa, Specializzando in _____

Data inizio di corso _____ Anno di corso _____ Ente _____)

Iscritto all'Ordine Professionale/Albo Professionale di _____

Dal _____ con numero progressivo cronologico di iscrizione _____

Il proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza?

SI NO

In caso affermativo, precisare di seguito

Data _____

Motivazione _____

Sanzione _____

Parte 2. - Informazioni sull'attività svolta

1. Inquadramento professionale

A.

- Libero professionista
- Medico di base / pediatra di libera scelta
- Medico dipendente di Azienda Sanitaria Pubblica addetto ai servizi (medicina del lavoro, igiene degli alimenti, etc.)

B.

- Medico dipendente
 - di struttura ospedaliera pubblica
 - di struttura ospedaliera privata
 - in regime di tempo pieno, senza attività libero-professionale
 - con attività libero-professionale intramuraria
 - con attività libero-professionale extramuraria
- Medico chirurgo specializzando in _____

2. Strutture presso le quali viene esercitata l'attività

Indicare presso quale struttura (es. Azienda Ospedaliera, Clinica Privata, Casa di Cura, Poliambulatorio, Studio Privato/Associato, Ateneo di Specializzazione) viene svolta l'attività medica, precisandone la tipologia (pubblica, accreditata, privata)

1. _____
2. _____
3. _____

3. Specifiche dell'attività da assicurare

Il proponente

1. Effettua interventi chirurgici (non ambulatoriali)? SI NO

Se SI, con quali modalità assolve l'obbligo del "consenso informato"?

- sistematicamente occasionalmente verbalmente
- per iscritto su propri moduli su moduli dell'Azienda Ospedaliera

2. Effettua interventi di chirurgia ambulatoriale? SI NO

Se SI ai punti 1. e/o 2., indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di interventi

b) le modalità di esecuzione degli stessi

c) le strutture (pubbliche e/o private) nelle quali pratica tali interventi

3. Effettua indagini o terapie di tipo invasivo? SI NO

Se SI, indichi le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione

4. Utilizza metodi diagnostici o terapeutici propri della medicina "non tradizionale"? SI NO

Se SI, indicare quali

agopuntura chiropratica medicina ayurvedica osteopatia

omeopatia kinesiologia altro _____

5. Presta la Sua opera presso il reparto di Pronto Soccorso? SI NO

Se SI, indichi la frequenza di tale attività occasionale permanente

e se in tale ambito di attività esegue interventi chirurgici SI NO

6. Il proponente indichi, alla luce della precedente intervista, in quale categoria inquadrare la propria attività

Ortopedia senza atti invasivi, ma comprese infiltrazioni

Ortopedia con chirurgia minore e atti invasivi

Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)

Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)

Ortopedia, esclusi accertamenti chirurgici diagnostici invasivi e interventi chirurgici

Ortopedia, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici

Medico Ortopedico che pratica la chirurgia

7. Presta la Sua opera esclusivamente in Italia? SI NO

Se NO, indichi i Paesi esteri presso i quali opera, le mansioni e la durata del periodo annuo trascorso all'estero

Paese Estero _____

Mansione _____

Periodo annuo trascorso all'estero _____

4. Funzioni Apicali

1. Il proponente dirige o coordina una struttura ospedaliera? SI NO

Se SI, indicare gli elementi identificativi della struttura diretta o coordinata

Se SI, indicare con precisione la funzione svolta (es. direttore di unità operativa complessa, responsabile di strutture semplici, direttore di dipartimento, responsabile di area, etc.)

Se SI, indicare il numero complessivo dei collaboratori

n. ____ (di cui n. ____ medici; n. ____ paramedici)

2. Nell'ultimo triennio si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato alla struttura diretta dal Proponente (come tale, oppure ai singoli sanitari che vi operano)? SI NO

Se SI, indicare per quale fatto e con quali conseguenze

3. Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze o fatti che possano determinare, durante la validità del contratto, un sinistro a carico della struttura diretta dal Proponente o dai sanitari che vi operano, risarcibile ai sensi della copertura proposta? SI NO

Se SI, illustrare la situazione

Parte 3. - Precedenti Assicurativi e Pregressa Sinistrosità

1. E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di copertura RC Medico- Professionale per il medesimo rischio?

SI NO

Se SI, indicare gli estremi di dette Polizze (Assicuratore, data effetto e scadenza, premio annuo lordo versato, motivo di cessazione/annullamento)

2. Il proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata?

SI NO

Se Si, indicare le seguenti informazioni: causale del sinistro (tipologia della pretesa risarcitoria/danno lamentato, ruolo svolto dall'Assicurato, ruolo e responsabilità di altre persone coinvolte, luogo e data di accadimento dell'evento, tipologia di intervento prestato, eventuale percentuale di invalidità riconosciuta, anamnesi del paziente); data richiesta; importo richiesto; stato del sinistro (aperto, pagato, o respinto); sussistenza di vertenza giudiziale in corso (es. ricevimento di istanza di mediazione, ricorso per accertamento tecnico preventivo, atto di citazione, informazione di garanzia, chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera, altro); in caso di conclusione della vertenza giudiziale, specificare se intervenuta per condanna, patteggiamento, assoluzione, proscioglimento, non luogo a procedere, prescrizione, altro)

3. E' a conoscenza, alla data odierna, di

avvisi di garanzia che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti, o nei confronti di suoi collaboratori?

SI NO

procedimenti penali che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti, o nei confronti di suoi collaboratori?

SI NO

Procedimenti disciplinari che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti, o nei confronti di suoi collaboratori?

SI NO

Altri eventi noti e/o circostanze e situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti, o nei confronti di suoi collaboratori?

SI NO

Qualora abbia risposto SI ad una delle precedenti domande, descriva dettagliatamente tali circostanze

Parte 4. - Massimali - Estensione di garanzia

1. Il proponente indichi l'entità di massimale richiesto

500.000,00 1.000.000,00 1.500.000,00 2.000.000,00 Altro _____

2. Il proponente indichi il periodo di retroattività richiesto tra

No Retroattività 1 Anno 5 Anni 10 Anni Illimitata Altro _____

3. Il proponente indichi il periodo di postuma richiesto tra

No postuma 5 Anni 10 Anni Altro _____

4. Il proponente indichi se intende estendere la copertura richiesta anche alla garanzia tutela legale

SI NO

Se SI, indichi se intenda estendere la garanzia spese legali e peritali a familiari e dipendenti iscritti nel libro unico del lavoro, specificandone il numero

SI NO Num. _____

5. Nel caso in cui svolga attività libero professionale extra-moenia alle dipendenze del S.S.N., indichi

Se si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. ____ assistenti laureati e/o n. ____ infermieri e/o operatori sanitari, dipendenti, collaboratori, operanti nello studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in Polizza

www.cerilli.it
info@cerilli.it



SED
- Roma
- Fiuggi (Fr)
- Frosinone
- Supino (Fr)

SI NO

Se per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro

SI NO

6. Nel caso in cui svolga attività libero professionale, non alle dipendenze del S.S.N., indichi

Se si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. ____ assistenti laureati e/o n. ____ infermieri e/o operatori sanitari, dipendenti, collaboratori, operanti nello studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in Polizza

SI NO

Se per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro

SI NO

Se si intende estendere la copertura professionale alle attività svolte per conto di Federazioni Sportive, Associazioni e Società Sportive anche militanti in campionati professionisti o semi professionisti

SI NO

Eventuali altre notizie che il proponente ritiene utile comunicare:

Luogo, data

Firma del Proponente

www.cerilli.it
info@cerilli.it



SED | - Roma
- Fiuggi (Fr)
- Frosinone
- Supino (Fr)