

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](http://www.cerilli.it)  
[info@cerilli.it](mailto:info@cerilli.it)



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