

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM RESPONSABILITA' CIVILE del MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

1. Contraente:

Insured

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer

Indirizzo del Proponente

Address of proposer

Città / City

CAP / Post code

Provincia / Province

- **Data di inizio dell'attività:**

Start date of activity:

 / /

- **Data di prima iscrizione all'albo**

Date registered on professional register

 / /

- **Iscritto all'Albo di**

Registration number and place

Nr

Indirizzo PEC:

Certified Email address:

@

2. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Professional Indemnity insurance?

☐ **Si / Yes**

☐ **No**

Se sì, indicare il nome dell'Assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry

Nome Assicuratore

Name of Insurer:

Massimale

Limit of Indemnity: €

Franchigie o Scoperti

Excess or deductible: €

Premio Lordo

Gross Premium: €

Scadenza contratto

Excess or deductible:

 - -

Retroattività

Retroactive period:

MOD. 2026-01

3. Attività assicurata:

Insured Activity:

Attività assicurabili:

ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA
ANDROLOGIA
ANESTESIA - RIANIMAZIONE e TERAPIA INTENSIVA
ANGIOLOGIA E FLEBOLOGIA
AUDIOLOGIA E FONIATRIA
BIOCHIMICA/CHIMICA CLINICA
CARDIOCHIRURGIA
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA ADDOMINALE
CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE
CHIRURGIA BARIATRICA
CHIRURGIA DELLA MANO
CHIRURGIA D'URGENZA
CHIRURGIA ESTETICA PLASTICA
CHIRURGIA FETALE
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA GINECOLOGICA (ESCLUSA OSTETRICA)
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
CHIRURGIA PEDIATRICA
CHIRURGIA PROCTOLOGICA
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
CHIRURGIA TORACICA
CHIRURGIA VASCOLARE
DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
DIABETOLOGIA e malattie del Ricambio
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA INTERNISTICA
EMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
ENDOCRINOCHIRURGIA
ENDOCRINOLOGIA e malattie del Ricambio
EPATOLOGIA

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
FISIATRIA
FISICA MEDICA
GASTROENTEROLOGIA
GENETICA MEDICA
GERIATRIA
GINECOLOGIA CON FECONDAZIONE ASSISTITA
GINECOLOGIA E OSTETRICA CON ASSISTENZA AL PARTO E FECONDAZIONE ASSISTITA
GINECOLOGIA E OSTETRICA SENZA ASSISTENZA AL PARTO e SENZA FECONDAZIONE ASSISTITA
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA (inclusa igiene degli alimenti)
IMMUNOLOGIA
MALATTIE INFETTIVE e TROPICALI
MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE
MEDICINA DEL LAVORO
MEDICINA DELLO SPORT
MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA
MEDICINA GENERALE /MEDICINA DI BASE/MEDICO DI FAMIGLIA
MEDICINA INTERNA
MEDICINA LEGALE e DELLE ASSICURAZIONI
MEDICINA NUCLEARE
MEDICINA TERMALE
MEDICINA TROPICALE
MEDICINE NON CONVENZIONALI E OSTEOPATICHE - AGOPUNURA
MEDICO ABILITATO NON SPECIALIZZATO
MEDICO DI COMUNITA'
MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA

NEFROLOGIA
NEUROCHIRURGIA
NEUROFISIOPATOLOGIA
NEUROLOGIA
NEUROPSICHIATRIA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
OFTALMOLOGIA E OCULISTICA
ONCOLOGIA E SENOLOGIA
ORTOPEDIA ESCLUSA TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (ESCLUSI INTERVENTI SPINALI)
ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (INCLUSI INTERVENTI SPINALI)
OTORINOLARINGOIATRIA
PATOLOGIA CLINICA
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA E TIN
PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA ESCLUSA TIN
PEDIATRIA ESCLUSA NEONATOLOGIA
PNEUMOLOGIA
PSICHIATRIA
PSICOLOGIA CLINICA
RADIOLOGIA
RADIOLOGIA
RADIOTERAPIA
REUMATOLOGIA
SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA
SOLO VOLONTARIATO
STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA
TERAPIE DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
TOSSICOLOGIA MEDICA
UROLOGIA

3.1 Qualora sia stata selezionata MEDICINA DELLO SPORT, tra i pazienti del medico si annoverano sportivi professionisti? ☐ Si ☐ No

If SPORT MEDICINE was selected, do the doctor's patients include professional athletes?

Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details

4. Massimale / Limits of indemnity:

- ☐ € 1.000.000 per sinistro / € 3.000.000 per anno ☐ € 1.500.000 per sinistro / € 4.500.000 per anno
☐ € 2.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno ☐ € 5.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno

4.1 Franchigia / Deductible:

- ☐ € 0,00 (standard) ☐ € 1.500,00 ☐ € 2.500,00 ☐ € 10.000,00

4.2 Retroattività / Retroactivity: 10 Anni

5. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato negli ultimi 5 anni?

Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured in the last 5 years?

- ☐ Sì / Yes ☐ No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del CIS (Claims Information form)


If yes, please provide all necessary details through the completion of a CIS (Claims Information form)

MOD. 2026-01

Calastri broker
P.iva 07551780633
Rui Ivass B00001012

Sede legale:
Via R. Morghen, 67 a-d
80129 Napoli

tel. 0815784704
email info@calastribroker.com
pec iblconsult@pec.it

 **WhatsApp: 0815784704**
Website:
www.CalastriBroker.com

6. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento?

Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation?

☐

Si / Yes

☐

No

Se sì, fornire dettagli / *If yes, please provide details*

N.B. Le circostanze passate, dichiarate o non dichiarate, non sono da considerarsi coperte dalla presente polizza assicurativa

7. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?

☐

Se sì, fornire dettagli / *if yes please provide details*

8. Garanzie aggiuntive:

☐ Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario

☐ Art. 2.8 – Consenso Informato

☐ Art. 2.9 – Attività/Interventi Invasivi Art. 2.10 – Attività Chirurgica

☐ Art. 2.11 – Attività Chirurgica (Solo per Colpa Grave) ☐ Si / Yes ☐ No

☐ Art. 2.12 – Attività Estetica

☐ Art. 2.13 – Attività svolta presso CAU e Servizi di Emergenza Urgenza ☐ Art. 2.14 – Attività di Volontariato

☐ Art. 2.15 – Specializzando

Art. 2.16 – Estensione temporale della copertura ☐

9. Nel caso si sia selezionata la garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 2.7 – Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o Primario si prega di fornire i seguenti dati sulla Struttura dove viene ricoperta tale carica:

Ragione Sociale:

Indirizzo:

P. Iva:

Attività principale praticata dalla Struttura:

Fatturato struttura:

Nr. Posti letto:

Nr. Prestazioni:

9.1 Sono svolte attività Invasive?

☐

Si / Yes

☐

No

9.2 Sono svolte attività chirurgiche?

☐

Si / Yes

☐

No

9.3 Sono presenti sx negli ultimi 5 anni?

☐

Si / Yes

☐

No

Se una delle risposte ai punti precedenti 9.1, 9.2 e/o 9.3 sono state positive, si prega di fornire maggiori dettagli:

MOD. 2026-01

Calastri broker

P.iva 07551780633

Rui Ivass B00001012

Sede legale:

Via R. Morghen, 67 a-d

80129 Napoli

tel. 0815784704

email info@calastribroker.com

pec iblconsult@pec.it



WhatsApp: 0815784704

Website:

www.CalastriBroker.com

10. Si richiede conferma per quanto segue:

- 10.1 - Il Medico conferma che sarà in regola con il triennio formativo 2023/2025? ☐ Confermo ☐ Non confermo
- 10.2 - Accettazione Art. 3.3 - Azione diretta / Eccezioni opponibili al terzo danneggiato ☐ Confermo ☐ Non confermo

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua RC Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- a) of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- b) that the information provided in this module are true and complete
- c) that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to Professional Indemnity cover.
- d) of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 41 del 2018 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information Set created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 41 2010 and composed of: DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date

Firma /Signature

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date

Firma/Signature

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).


This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration

MOD. 2026-01

Calastri broker
P.iva 07551780633
Rui Ivass B00001012

Sede legale:
Via R. Morghen, 67 a-d
80129 Napoli

tel. 0815784704
email info@calastribroker.com
pec iblconsult@pec.it

 **WhatsApp: 0815784704**
Website:
www.CalastriBroker.com