

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

RESPONSABILITÀ 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 si, 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

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

3. **Attività assicurata:**

Insured Activity:

Attività assicurabili:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLOGICA
<input type="checkbox"/> ANDROLOGIA
<input type="checkbox"/> ANESTESIA - RIANIMAZIONE e TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> ANGIOLOGIA E FLEBOLOGIA
<input type="checkbox"/> AUDIOLOGIA E FONIATRIA
<input type="checkbox"/> BIOCHIMICA/CHIMICA CLINICA
<input type="checkbox"/> CARDIOCHIRURGIA
<input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA ADDOMINALE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA BARIATRICA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA DELLA MANO
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA D'URGENZA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA ESTETICA PLASTICA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA FETALE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA GENERALE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA GINECOLOGICA (ESCLUSA OSTETRICIA)
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA MAXILO FACCIALE
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA PEDIATRICA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA PROCTOLOGICA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA TORACICA
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA VASCOLARE
<input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
<input type="checkbox"/> DIABETOLOGIA e malattie del Ricambio
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA ECOGRAFICA INTERNISTICA
<input type="checkbox"/> EMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
<input type="checkbox"/> ENDOCRINOCHIRURGIA
<input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA e malattie del Ricambio
<input type="checkbox"/> EPATOLOGIA | <input type="checkbox"/> FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
<input type="checkbox"/> FISIATRIA
<input type="checkbox"/> FISICA MEDICA
<input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGIA
<input type="checkbox"/> GENETICA MEDICA
<input type="checkbox"/> GERIATRIA
<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA CON FECONDAZIONE ASSISTITA
<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA E OSTETRICIA CON ASSISTENZA AL PARTO E FECONDAZIONE ASSISTITA
<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA E OSTETRICIA SENZA ASSISTENZA AL PARTO e SENZA FECONDAZIONE ASSISTITA
<input type="checkbox"/> IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA (inclusa igiene degli alimenti)
<input type="checkbox"/> IMMUNOLOGIA
<input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE e TROPICALI
<input type="checkbox"/> MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE
<input type="checkbox"/> MEDICINA DEL LAVORO
<input type="checkbox"/> MEDICINA DELLO SPORT
<input type="checkbox"/> MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA
<input type="checkbox"/> MEDICINA FISICA RIABILITATIVA
<input type="checkbox"/> MEDICINA GENERALE /MEDICINA DI BASE/MEDICO DI FAMIGLIA
<input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA
<input type="checkbox"/> MEDICINA LEGALE e DELLE ASSICURAZIONI
<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEARE
<input type="checkbox"/> MEDICINA TERMALE
<input type="checkbox"/> MEDICINA TROPICALE
<input type="checkbox"/> MEDICINE NON CONVENZIONALI E OSTEOPATICHE - AGOPUNURA
<input type="checkbox"/> MEDICO ABILITATO NON SPECIALIZZATO
<input type="checkbox"/> MEDICO DI COMUNITA'
<input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCHIRURGIA
<input type="checkbox"/> NEUROFISIOPATOLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA
<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
<input type="checkbox"/> OFTAMOLOGIA E OCULISTICA
<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA E SENOLOGIA
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA ESCLUSA TRAUMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (ESCLUSI INTERVENTI SPINALI)
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA CON TRAUMATOLOGIA (INCLUSI INTERVENTI SPINALI)
<input type="checkbox"/> OTORINOLARINGOLOGIA
<input type="checkbox"/> PATOLOGIA CLINICA
<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
<input type="checkbox"/> PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA E TIN
<input type="checkbox"/> PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA ESCLUSA TIN
<input type="checkbox"/> PEDIATRIA ESCLUSA NEONATOLOGIA
<input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA CLINICA
<input type="checkbox"/> RADIODIAGNOSTICA
<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA
<input type="checkbox"/> SOLO VOLONTARIATO
<input type="checkbox"/> STATISTICA SANITARIA E BIOMETRIA
<input type="checkbox"/> TERAPIE DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA MEDICA
<input type="checkbox"/> 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 si, fornire dettagli / *If yes, please provide details*

4. **Massimale / *Limits of indemnity:***

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> € 1.000.000 per sinistro / € 3.000.000 per anno | <input type="checkbox"/> € 1.500.000 per sinistro / € 4.500.000 per anno |
| <input type="checkbox"/> € 2.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno | <input type="checkbox"/> € 5.000.000 per sinistro / € 6.000.000 per anno |

4.1 **Franchigia / *Deductible:***

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 0,00 (standard) | <input type="checkbox"/> € 1.500,00 | <input type="checkbox"/> € 2.500,00 | <input type="checkbox"/> € 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?

Si / Yes No

Se si, 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 né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritieri 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 2010and 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