

R.C. Professionale Medico Sumaista
Questionario Valutazione Profilo Rischio
Specialista Ambulatoriale Interno - Libero Professionista

N.B. La compilazione del presente Questionario **NON** impegna le Parti, ma serve unicamente per individuare il profilo di rischio del MEDICO al fine di sottoporre **Polizze R.C. Professionale e Tutela Legale confacenti alle reali esigenze professionali**

Compilare e Inviare assita@assita.com - FAX 02 48.01.22.95 - ☎ 800-237220

Cognome - nome _____ cod. fiscale _____
 Indirizzo _____ cap _____ città _____
 Telefono _____ cell. _____ fax _____
 e-mail: _____ PEC _____
 Iscritto all'Albo Medici di _____ dal _____

Attività svolta dal Medico alla data del _____

- Giovane** Medico con anzianità all'Albo non superiore a 3 anni **Specializzando**
 Generico - di Base **Specialista esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici**
 Specialista compresi accertamenti diagnostici invasivi **Radiologo**
 Medico che pratica la Chirurgia **Anestesista/Rianimatore**
 Ortopedico che pratica la chirurgia **Ginecologo - Ostetrico con o senza assistenza al parto**
 Dentista / Odontoiatra esclusa l'implantologia **Dentista / Odontoiatra compresa l'implantologia**
 Dettagliare **SPECIALIZZAZIONE** e **ATTIVITÀ SVOLTA** _____

Con INCARICO di **Responsabile di Branca** **Referente AFT**

REGIME

- SUMAISTA**
ACN Specialisti
Ambulatoriali Interni **Libero Professionista**
 con Attività Ambulatoriale Extramoenia e Attività svolta in regime Libero
 Professionale all'interno di Struttura Sanitaria Pubblica, Accreditata o Privata

C/O

Denominazione della Struttura	Tipo di struttura
1. _____	<input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Accreditata <input type="checkbox"/> Privata
2. _____	<input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Accreditata <input type="checkbox"/> Privata

MASSIMALE € **SCELTA** - Periodo di **RETROATTIVITÀ**

- 500.000** | **1.000.000** | Altro _____ **nessuna** | **n. _____ anni** | **Illimitata**

Polizze in corso o annullate

- Polizze **in corso** per il medesimo rischio? **NO** **SI** allegare copia
 Compagnia _____ Massimale _____ Scadenza _____
 Sono state **annulate/disdettate** polizze **R.C. Professionale**? **NO** **SI** allegare copia
 Quando? _____ Da quale Compagnia? _____
 Per quali motivi? _____
 È titolare di una polizza di **Tutela Legale**? **NO** **SI** Compagnia? _____
 Ha richiesto negli ultimi 90 giorni altri preventivi? **NO** **SI** a quale Assicuratore? _____
È a conoscenza dell'esistenza di una polizza di Primo Rischio sottoscritta da Studio/Ente presso cui presta la propria attività? **NO** **SI** allegare copia Compagnia _____

SINISTRI negli ultimi 5 anni

- Sono pervenute richieste di **risarcimento** per danni imputabili a responsabilità professionale medica? **NO** **SI**
 È a conoscenza di **circostanze** che possano far presupporre l'insorgenza di un danno? **NO** **SI**