



INSURANCE BUSINESS

Iole Manuela Ardizzone

## QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONI SANITARIE

### GENERALITÀ DEL SOTTOSCRITTORE

(in caso di più professionisti occorre che sia compilato un questionario ciascuno)

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale o Partita IVA: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello studio professionale \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SUL TITOLO DI STUDIO

Laurea in: \_\_\_\_\_ oppure Diploma in \_\_\_\_\_

Specializzato in: \_\_\_\_\_ oppure specializzando in: \_\_\_\_\_

Data di conseguimento del titolo di studio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di conseguimento della specializzazione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data di iscrizione all'Ordine professionale: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

1) Tipo di struttura dove il Sottoscrittore opera prevalentemente:

struttura pubblica

struttura privata

altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Inquadramento professionale:

a) Dipendente che esercita la sua attività in regime di esclusiva, esclusa attività libero professionale (dipendente puro)

b) Dipendente che svolge attività libero professionale in regime di esclusiva (intramoenia)

c) Dipendente che svolge attività libero professionale NON in regime di esclusiva (extramoenia)

d) Convenzionato con il SSN che NON esercita attività libero professionale (parificabile al dipendente puro)

e) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale occasionale (parificabile a intramoenia)

f) Convenzionato con il SSN che esercita attività libero professionale strutturata \* (parificabile a extramoenia)

g) Libero professionista

\* Per attività libero professionale strutturata svolta dal professionista convenzionato con il SSN si intende l'attività espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito.

3) L'inquadramento professionale dichiarato al precedente punto 2) è variato, anche per un breve periodo, nel corso degli ultimi 10 anni? SI NO

Se sì, indicare qual era il precedente inquadramento e la data in cui è variato: \_\_\_\_\_  
-----

4) Acquisisce il consenso informato in forma scritta?  
SI NO

5) Esegue interventi di tipo invasivo?  
SI NO

Per interventi di tipo invasivo si intende il complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo appartengono a tale categoria di intervento: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotici, inserimenti di pace-maker. Non sono invece considerati invasivi i seguenti atti medici: medicazioni, suture superficiali, posizionamento di cateteri vescicali, infiltrazioni peri e intra articolari e ogni altra prestazione assimilabile, secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore. Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_  
-----

6) Esegue interventi chirurgici in day surgery?  
SI NO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_  
-----

7) Esegue interventi chirurgici che comportano ricovero?  
SI NO

Per interventi chirurgici si intendono le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti o organi. Per ricovero si intende la permanenza in struttura sanitaria con pernottamento.

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_  
-----

8) Esegue trattamenti di medicina estetica?  
SI NO

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_  
-----

9) Esegue interventi di chirurgia plastica (nota 1)?  
SI NO

Se sì, indicare quali (specificando se si tratta di chirurgia ricostruttiva o estetica): \_\_\_\_\_  
-----

10) Pratica attività relativa all'ostetricia?  
SI NO

11) Pratica attività di Procreazione Medicalmente Assistita (v. nota 1)?  
SI NO

Se sì, indicare il livello di PMA e presso quale struttura è svolta l'attività: \_\_\_\_\_  
-----

12) Qualora svolga attività di radiodiagnostica, effettua anche diagnostica in ambito senologico?  
SI NO

13) Esegue interventi di implantologia dentale?  
SI NO

14) Svolge attività non occasionale presso il reparto di pronto soccorso?  
SI NO

15) Ricopre incarichi di direttore di struttura (ex Primario - v. nota 2) o di analoga funzione organizzativa presso ente ospedaliero riconosciuto tale a norma di legge o presso clinica universitaria?  
SI NO

16) Svolge attività di vigilanza e ispezione di stabilimenti per la produzione e lavorazione di carni?

(PER VETERINARI)

SI NO

Nota (1): La chirurgia estetica e la procreazione assistita non sono coperte dall'assicurazione.

Nota (2): Altre funzioni organizzative (ad esempio Direttore Sanitario) non sono assicurabili

17) Svolge incarichi di medico competente ai sensi del d.lgs. 81/2008?

SI NO

18) È interessato a limitare la copertura alle azioni di rivalsa per colpa grave?

SI NO

Tale limitazione è compatibile solo per gli inquadramenti di cui al precedente punto 2) - lettere a) e b).

NOTA BENE: nel caso in cui l'inquadramento professionale del medico sia b) "dipendente con intramoenia" la copertura della sola rivalsa per colpa grave non tiene indenne l'Assicurato nel caso in cui gli venga contestata una responsabilità derivante da un'obbligazione contrattuale assunta nei confronti del proprio cliente/paziente.

19) È interessato ad estendere la garanzia (estensione non compatibile con la garanzia limitata alla colpa grave):

- alle perdite pecuniarie

SI NO

- al laboratorio di odontotecnico annesso allo studio assicurato

SI NO

#### INFORMAZIONI PER L'ASSICURATORE

20) Massimale richiesto per l'assicurazione di Responsabilità Civile: € \_\_\_\_\_

Il Sottoscrittore:

21) Ha in corso o ha avuto una copertura assicurativa di Responsabilità Civile per l'attività esercitata?

SI NO

Se sì, indicare la Compagnia, il massimale e la scadenza: \_\_\_\_\_

22) Ha avuto polizze di Responsabilità Civile professionale disdette o non rinnovate da altri Assicuratori?

SI NO

Se sì, indicare la Compagnia Assicurativa, la data e il motivo della disdetta o del mancato rinnovo: \_\_\_\_\_

23) Ha ricevuto negli ultimi 5 anni richieste di risarcimento inerenti l'attività professionale?

SI NO

Se sì, allegare la documentazione in possesso e comunque precisare:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Descrizione evento: \_\_\_\_\_

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_ Esito: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Descrizione evento: \_\_\_\_\_

Entità della richiesta di risarcimento: € \_\_\_\_\_ Esito: \_\_\_\_\_

24) Alla data della compilazione del presente questionario, è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che possano determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi per comportamenti colposi posti in essere nello svolgimento della professione?

SI NO

Se sì, indicare di seguito i dettagli e allegare eventuale documentazione: \_\_\_\_\_



 +39 328 716 2601

 [info@iolemanuelaardizzoneinsurancebusiness.com](mailto:info@iolemanuelaardizzoneinsurancebusiness.com)

 <https://it.linkedin.com/in/iole-manuela-ardizzone-635463156>