

MODULO DI RACCOLTA DATI
Responsabilità Civile Professionale
Colpa Grave dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

Dati del Proponente

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	

COD. BARRARE	CATEGORIA DI RISCHIO	MASSIMALE
	Medico	€ 5.000.000
	Medico in formazione specialistica/Specializzando	€ 5.000.000
	Dirigente o Quadro Sanitario NON medico	€ 5.000.000
	Altro personale del comparto	€ 5.000.000

1) Precedenti assicurativi con altra compagnia (indicare nome compagnia) ? _____

Il Proponente è attualmente assicurato per "colpa grave"? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ___ / ___ / _____

2) Dichiarazioni del Proponente

2.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni:

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

2.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni