

MODULO DI RACCOLTA INFORMAZIONI

Responsabilità Civile Professionale - Sanitari non medici Dipendente di Aziende Sanitarie e Libero Professionista

Dati del Proponente

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	

Barrare la casella dell' Attività Professionale

Indicare l'area in cui è svolta la propria attività:

- Infermiere/Infermiere Pediatrico/ Viglatrice d'infanzia/Coordinatore infermieristico**
- Tutte le professioni sanitarie non mediche con esclusione delle Ostetriche**
- OSS – OSSS – OTA – ASA**
- Ostetriche**

LIBERO PROFESSIONISTA SI NO

DIPENDENTE OSPEDALIERO SI NO

1) Precedenti assicurativi con: _____

Il Proponente è attualmente assicurato con altra compagnia? SI NO

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

2) Massimale Richiesto / Retroattività richiesta/Decorrenza

Indicare il Massimale richiesto tra:

2 Milioni

5 Milioni

Indicare la Retroattività richiesta tra:

2 anni

5 anni

10 anni

illimitata

MODULO DI RACCOLTA INFORMAZIONI

Responsabilità Civile Professionale - Sanitari non medici Dipendente di Aziende Sanitarie e Libero Professionista

3) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

3.1 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: _____

3.2 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