

**R.C. Professionale Medico**  
**Questionario per la Valutazione del Profilo di Rischio**  
**Libero Professionista - Convenzionato S.S.N.**  
**Dipendente Struttura Privata - Dipendente di Struttura Pubblica**

**Compilare**

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 \_\_\_\_\_

**Medico Chirurgo Plastico Estetico**

Dettagliare **ATTIVITÀ SVOLTA**

**Descrizione Attività**

**Libero Professionista**

- con Attività Ambulatoriale Extramoenia  
 con Attività Ambulatoriale Extramoenia e Attività svolta in regime Libero Professionale all'interno di Struttura Sanitaria Pubblica, Accreditata o Privata

**Convenzionato S.S.N.**

- Dipendente di Struttura Privata**  
 **Dipendente di Struttura Pubblica**

**Attività svolta presso**

Denominazione della Struttura in cui viene svolta l'attività	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

**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? \_\_\_\_\_
- 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 dall'Ente presso cui presta la propria attività?  **NO**  **SI** - In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza: \_\_\_\_\_

**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**

**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 un Contratto R.C. Professionale confacente alle reali esigenze professionali

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali (D.Lgs. 193/2003) si precisa che Assita tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati.

INVIARE ad ASSITA - medicaldivision@assita.com - FAX 02 48.01.22.95

QVR ASSITA | DIC. 2018