



**Medico Cardiologo e Medico di Medicina Generale**

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 \_\_\_\_\_

**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**

Attività svolta dal *Medico* alla data del \_\_\_\_\_

**CARDIOLOGO**

Medico di **MEDICINA GENERALE**

- Specialista ESCLUSI** atti invasivi e interventi chirurgici
- Specialista COMPRESI** atti invasivi **ESCLUSO** interventi chirurgici
- Chirurgo COMPRESO** tutti gli interventi chirurgici

Dettagliare **ATTIVITÀ SVOLTA** \_\_\_\_\_

Con **INCARICO** di  **DIRIGENTE/CAPO DIPARTIMENTO**  **DIRETTORE SANITARIO**

**REGIME**

- Libero Professionista**  
 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 Pubblica**
- Dipendente di Struttura Privata**
- Specializzando**

**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 \_\_\_\_\_
- solo per Libero Professionista  
 **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**

Con l'invio della presente, compilata in ogni parte, si autorizza ASSITA S.p.A. ad inoltrare tutta la documentazione agli indirizzi e-mail indicati sul Questionario

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.