

Agenzia di _____ Cod. _____

**QUESTIONARIO R.C. COLPA GRAVE - PROFESSIONI SANITARIE
MOD. QRC-CGS**

Cognome e nome del Proponente _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ CAP _____ Prov _____

Titolo di abilitazione professionale _____

	Data di rilascio	ENTE
<input type="checkbox"/> Laurea in Medicina e Chirurgia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laurea in Veterinaria	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laurea in Scienze Infermieristiche	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altra Laurea del ruolo Sanitario	_____	_____

Specializzazione/i medica posseduta/e (indicare obbligatoriamente)

1. _____ conseguita il _____
2. _____ conseguita il _____
3. _____ conseguita il _____

Iscritto all'Ordine Professionale/Albo professionale di _____

Dal _____

In alternativa, *Specializzando in:* _____

Anno di corso 1 2 3 4 (o oltre)

Precisare eventuale attività sanitaria prevalente e/o diversa rispetto ai titoli indicati:

Strutture presso le quali viene esercitata l'attività:

- Azienda Ospedaliera (A.O.) / Azienda ASL
- Studio Privato/Studio Associato
- Clinica Privata/Casa di Cura
- Poliambulatorio
- Altro

Avvertenza

Si ricorda che l'assicurazione RC Colpa grave per le Professioni Sanitarie:

- è rivolta esclusivamente al **personale sanitario dipendente SSN ed equiparato** ai fini INAIL e con la soggezione esclusiva alla giurisdizione contabile della Corte dei Conti per danno indiretto alla struttura di appartenenza;
- ha per oggetto il danno erariale indiretto da rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato in relazione a danni materiali e corporali cagionati a terzi nel corso del rapporto esclusivo di lavoro con struttura sanitaria facente capo al SSN, compresa la **SOLA attività libero professionale** eventualmente esercitata, nei modi e termini previsti dalla legge e dai regolamenti, **in regime intramurario (intra moenia)** - cfr. art. 1 Oggetto dell'assicurazione delle Condizioni di Assicurazione.

Per ogni altra esigenza di copertura assicurativa concernente la RC derivante dall'esercizio di professioni sanitarie:

- il prodotto assicurativo dedicato di Generali Italia S.p.A. è R57
- il relativo modulo di proposta-questionario di riferimento è PQRCM/1

Il proponente:

- 1) Effettua interventi chirurgici (non ambulatoriali)? SI NO
Se SI, con quali modalità assolve l'obbligo del "consenso informato"?

- 2) Effettua interventi di chirurgia ambulatoriale? SI NO
Se SI ai punti 1) e/o 2), indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di interventi

b) le modalità di esecuzione degli stessi

c) le strutture nelle quali pratica tali interventi

- 3) Effettua indagini o terapie di tipo invasivo? SI NO

Si ricorda che, secondo le Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per indagine o terapia di tipo invasivo, s'intende: tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo, con o senza anestesia locale. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.

Se SI, indichi le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione:

- 4) Esegue interventi di Implantologia odontoiatrica? SI NO

Se SI, indichi da quanti anni

- 5) Esegue indagini o analisi genetiche e/o prenatali? SI NO

Se SI, precisi quali e se le indagini sono eseguite in base ai protocolli predefiniti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6 Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni, comma II – lett. q) delle Condizioni di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale.

N.B. *L'estensione dell'assicurazione ai rimborsi per danno erariale indiretto, conseguenti alle indagini a carattere genetico, è sempre compresa in garanzia per Biologi e medici specialisti in Genetica medica, Anatomia patologica, Patologia clinica, Biochimica - Chimica clinica e Microbiologia - Virologia. Per i medici specialisti in Ginecologia e Ostetricia l'assicurazione comprende i rimborsi per danno erariale indiretto conseguenti a indagini a carattere genetico o prenatale, che abbiano comportato danni alla madre o al nascituro per morte e lesioni personali. Tali estensioni di garanzia assicurativa non sono comunque concedibili per i medici specializzandi.*

- 6) Effettua trattamenti di medicina estetica? SI NO

Se SI, indichi dettagliatamente:

- a) le tipologie di trattamenti di medicina estetica

- b) strutture in cui pratica tali trattamenti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6 Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni, comma II – lett. w) delle Condizioni di Assicurazione, sono esclusi i rimborsi per danno erariale indiretto conseguenti a danni derivanti da Chirurgia Estetica e Medicina Estetica.

N.B. *L'estensione dell'assicurazione ai rimborsi per danno erariale indiretto conseguenti a danni relativi agli interventi di Medicina Estetica è sempre compresa in garanzia per i medici specialisti in Dermatologia e in Chirurgia Estetica, Plastica e Ricostruttiva. Tale estensione di garanzia assicurativa non è comunque concedibile ai medici specializzandi.*

- 7) Presta la sua opera esclusivamente in Italia? SI NO

Se NO, indichi i Paesi esteri presso i quali opera, le mansioni e la durata del periodo annuo trascorso all'estero:

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 8 Estensione territoriale delle Condizioni di Assicurazione l'assicurazione è prestata per gli errori posti in essere in Italia e nel territorio degli stati di San Marino e Città del Vaticano.

- 8) Ricopre incarichi di Primario o di Direttore Sanitario? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6 Delimitazioni dell'assicurazione – Esclusioni, comma II – lett. h) delle Condizioni di Assicurazione, sono esclusi dalla garanzia assicurativa i rimborsi per danno erariale indiretto conseguenti a danni derivanti da responsabilità per lo svolgimento di funzioni amministrative, organizzative e gestionali di Direttore Sanitario, nonché a quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private, ferma restando l'operatività della garanzia assicurativa per la personale responsabilità professionale dell'Assicurato.

**PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ DI
MEDICINA GENERALE DI BASE MEDICO DI FAMIGLIA**

- 9) *Indipendentemente dalle specializzazioni eventualmente possedute, il Proponente richiede che l'assicurazione sia limitata **esclusivamente** all'attività di medico di medicina generale convenzionato SSN (ex medico di famiglia), con esclusione di visite specialistiche?* SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI CHIRURGI ESTETICI

- 10) Da quanti anni esercita la chirurgia estetica? _____
- 11) Quali tipologie di interventi esegue? _____

- 12) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche?

- 13) I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative UE? SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI OCULISTI

- 14) Effettua interventi per la riduzione dei difetti visivi? SI NO
- 15) Quali tipologie di interventi esegue?

- 16) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche?

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI VETERINARI

- 17) Effettua attività presso allevamenti industriali o sportivi e attività di vigilanza o ispezione sanitaria? SI NO
- 18) L'attività esercitata è limitata alla cura degli animali domestici, esclusi gli interventi chirurgici nonché trattamenti e cure su equini e animali di pregio? SI NO
- 19) Effettua interventi chirurgici e/o trattamenti e cure su equini e animali di pregio SI NO

**PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI /PARAMEDICI
DIPENDENTI DEL S.S.N O EQUIPARATI**

(qualificati come tali per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e soggetti esclusivamente alla giurisdizione contabile della Corte dei Conti per danno erariale indiretto alla struttura di appartenenza)

20) E' dipendente del Servizio Sanitario Nazionale:

a tempo pieno

a tempo parziale

STRUTTURA DI APPARTENENZA:

Tipo struttura:

PUBBLICA

PRIVATA (Case di Cura - IRCSS - Fondazioni - Ospedali Classificati)
ACCREDITATA O CONVENZIONATA CON IL SSN i cui dipendenti sono equiparati ai dipendenti del SSN ai fini dell'Assicurazione Obbligatoria per gli Infortuni sul lavoro con soggezione esclusiva alla giurisdizione contabile della Corte dei Conti per danno erariale indiretto alla struttura di appartenenza.

REPARTO/I - UNITÀ _____

21) Esercita anche attività libero-professionale?

SI NO

Se SI, indichi l'ambito di esecuzione di tale attività:

Intra-moenia

Extra-moenia

Si ricorda che l'assicurazione RC Colpa grave per le Professioni Sanitarie:

- è rivolta esclusivamente al **personale sanitario dipendente SSN ed equiparato** ai fini INAIL e con la soggezione esclusiva alla giurisdizione contabile della Corte dei Conti per danno indiretto alla struttura di appartenenza;
- ha per oggetto il danno erariale indiretto da rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato in relazione a danni materiali e corporali cagionati a terzi nel corso del rapporto esclusivo di lavoro con struttura sanitaria facente capo al SSN, compresa la **SOLA attività libero professionale** eventualmente esercitata, nei modi e termini previsti dalla legge e dai regolamenti, **in regime intramurario (intra moenia)** - cfr. art. 1 Oggetto dell'assicurazione delle Condizioni di Assicurazione.

22) Presta la sua opera presso il reparto di pronto soccorso?

SI NO

Se SI, indichi:

a) se trattasi di sola attività di consulenza svolta durante i turni mensili di disponibilità in relazione all'attività esercitata

SI

NO

b) la frequenza di tale attività

occasionale

permanente

c) se in tale ambito di attività esegue interventi chirurgici

SI

NO

23) Eventuali altre informazioni/dati rilevanti per i quali gli spazi sopra riportati non siano sufficienti

PRECEDENTI ASSICURATIVI – STATO DEL RISCHIO

- 24) E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di copertura RC professionale per il medesimo rischio, stipulati con Generali Italia S.p.A. o con altre imprese di assicurazioni? SI NO

Se SI, indichi gli estremi di dette polizze:

ASSICURATORE	DATA		MOTIVO CESSAZIONE
	Effetto	Cessazione o Scadenza	
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro

Si ricorda che, nel caso di rischio assunto per la prima volta, l'assicurazione è estesa alle richieste di rimborso per danno erariale indiretto presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della stipulanda polizza, in conseguenza di errori professionali dallo stesso personalmente commessi nei tre anni precedenti la sua decorrenza e comunque non prima della data indicata nel frontespizio di polizza, sempreché la richiesta di risarcimento non sia assistita da polizze in essere con altre imprese di assicurazioni precedentemente alla data di effetto della stipulanda polizza (Vedasi allegato RETR-Rretroattività).

Nel caso in cui la stipulanda polizza sostituisca, senza soluzione di continuità, altra in corso con Generali Italia S.p.A. (o con altre società confluite nella stessa per fusione o incorporazione) per il medesimo rischio, resta fermo quanto previsto dall'articolo 3 Validità temporale, comma 2, delle Condizioni di Assicurazione in merito alla continuità dell'assicurazione prestata con la polizza sostituita con riferimento agli errori professionali riconducibili al medesimo settore di attività professionale oggetto del nuovo contratto e nei limiti complessivi del massimale previsto dalla polizza sostituita per l'ultima annualità assicurativa.

- 25) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata? SI NO

Se SI, indicare:

numero di sinistri da RC Professionale relativi all'ultimo anno _____

numero di sinistri da RC Professionale nei 4 anni precedenti all'ultimo _____

numero di sinistri da RC Professionale oltre i primi 5 anni _____

Causale sinistro:		
Data accadimento	Data richiesta	Importo
_____	_____	_____
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso procedimento giudiziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso procedimento giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso procedimento giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso procedimento giudiziale?

 SI NO

26) Alla data odierna, è a conoscenza di:

- procedimenti, provvedimenti, eventi, circostanze e/o situazioni da cui potrebbero derivare richieste di risarcimento nei suoi confronti?

 SI NO

Se SI, descriva dettagliatamente tali circostanze:

MASSIMALE – FRANCHIGIA

27) Indichi l'entità del massimale richiesto in Euro

- 2.500.000,00 3.000.000,00 3.500.000,00 4.000.000,00
 4.500.000,00 5.000.000,00 ALTRO _____

Avvertenza:

come previsto nelle Condizioni di Assicurazione, all'art. 5 Massimali di garanzia e eventuale franchigia, qualora in polizza sia indicato un importo di franchigia, l'assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni sinistro, di detto importo, che rimarrà a carico dell'Assicurato.

ESTENSIONE DI GARANZIA ALLA TUTELA LEGALE

28) Intende estendere la copertura anche alla garanzia Tutela Legale? SI NO

Se SI, indichi l'entità del massimale richiesto: Euro

- 10.000,00 15.000,00 Altro _____

29) **REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA E RETROATTIVITÀ**

REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA OFFERTA

Salvo quanto previsto in caso di sostituzione senza soluzione di continuità di altra polizza in corso con Generali Italia S.p.A. (o con altre società confluitevi per fusione o incorporazione) dall'art. 3 Validità temporale delle Condizioni di Assicurazione, la copertura offerta è relativa alle richieste di rimborso per danno erariale indiretto, pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione o entro sei mesi dalla sua cessazione, che siano originate da errori posti in essere durante il suindicato periodo di efficacia dell'assicurazione.

RETROATTIVITÀ OFFERTA

Tuttavia, a parziale deroga ed integrazione di quanto previsto dal suddetto art. 3 e fermo quanto previsto all'art. 5 Massimali di garanzia ed eventuale franchigia delle Condizioni di Assicurazione, la copertura si estende altresì alle richieste di rimborso per danno erariale indiretto presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della polizza in conseguenza di *errori professionali dallo stesso personalmente commessi anteriormente la sua decorrenza e comunque non prima di tre anni* dalla stessa, nell'esercizio, nel medesimo settore pubblico, dell'attività assicurata che non siano assistite da coperture assicurative in essere con altre imprese di assicurazioni precedentemente alla data di effetto della polizza stessa.

Ciò posto, si chiede al proponente di precisare:

A) *Se ha interesse ad escludere la suddetta estensione di garanzia* SI NO

Se SI, precisare la relativa motivazione:

(es. coperture assicurative in essere con altre imprese di assicurazioni precedentemente alla data di effetto della stipulanda polizza con garanzia postuma, neo-assunzione come dipendente SSN ovvero attività per cui si richiede copertura assicurativa appena iniziata, ecc.)

B) *Se ha interesse ad ampliare a 5 anni il periodo di retroattività rispetto ai 3 anni inclusi nell'offerta* SI NO

EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI/DATI RITENUTI UTILI PER LA PUNTUALE DESCRIZIONE DEL RISCHIO PER IL QUALE SI RICHIEDE COPERTURA ASSICURATIVA

ALTRE DICHIARAZIONI

Il Proponente ha presentato altri questionari simili al presente ad altre imprese di assicurazione per medesimi rischi? SI NO

Se SI, indicare quali imprese _____

Il Proponente si avvale dell'intermediazione di una società di Brokeraggio? SI NO

Se Si, indicare gli estremi della società di Brokeraggio _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione.

Tuttavia, qualora la polizza Responsabilità Civile Colpa Grave per le Professioni Sanitarie sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario potranno essere prese a fondamento del contratto e potranno formare parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che:

- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;**
- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario non concorrono tuttavia a determinare la struttura delle garanzie contrattuali, che restano disciplinate esclusivamente dalle Condizioni di Assicurazione espressamente indicate in polizza.**

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi⁽²⁾, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽³⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽⁴⁾. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com*.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignorari, vincolari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

Avvertenza:

*In caso di stipulazione/rinnovo del contratto, il Proponente, prima della sottoscrizione della polizza/appendice di rinnovo, **riletto attentamente il presente documento**, dovrà sottoscrivere altresì la dichiarazione sotto riportata ovvero compilare nuovo questionario aggiornato.*

Fermo quanto sopra riconosciuto e dichiarato, il Proponente, riletto attentamente il presente documento in ogni sua parte, nell'accingersi a stipulare/rinnovare la copertura assicurativa, conferma veridicità, attualità e completezza, alla data di sottoscrizione

della polizza n. _____

dell' Appendice di rinnovo della polizza n. _____ *dalle ore 24:00 del*

| _____ | *alle ore 24:00 del* | _____ |

di tutte le dichiarazioni rese anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

.....

SCHEDA RIEPILOGATIVA PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Premesso che l'assicurazione è prestata per tenere indenne l'Assicurato di quanto fosse tenuto a rimborsare alla struttura di appartenenza a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato in relazione a danni materiali e corporali cagionati a terzi nel corso del rapporto esclusivo di lavoro con struttura sanitaria facente capo al SSN (compresa l'attività libero professionale eventualmente esercitata, nei modi e termini previsti dalla legge e dai regolamenti, in regime intramurario), il proponente, facendo seguito alle risposte date nel questionario, chiede le seguenti estensioni di garanzia:

ATTIVITÀ PRESSO PRONTO SOCCORSO (SOLO PER MEDICI)

Punto n. 22

ATTIVITÀ DI CONSULENZA PRESSO PRONTO SOCCORSO (SOLO PER MEDICI)

Punto n. 22

MEDICINA ESTETICA

Punto n. 6

TUTELA LEGALE

Punto n. 28

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

.....