



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL PRODOTTO RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE PER MEDICI

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie all'intermediario assicurativo, per valutare, in relazione alle notizie raccolte, la coerenza del contratto che Lei intende sottoscrivere rispetto alla sue stesse esigenze.

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e nome/ragione sociale _____

Residenza/sedelegale _____ cap _____ città _____

Codice fiscale/partita _____

ATTIVITA' LAVORATIVA

- Medico dipendente ospedaliero
- Medico libero professionista
- Medico dipendente ospedaliero e libero professionista
- Medico dipendente di strutture private
- Altro (specificare) _____

ESIGENZE ASSICURATIVE

In merito allo svolgimento della propria professione, è interessato ad una copertura per:

- Proteggere il proprio patrimonio da richieste di risarcimento danni cagionati a terzi nello svolgimento della propria professione
- Tutela legale nel caso di controversie e/o azioni legali legate alla propria professione

In merito allo svolgimento della propria professione, è un medico che:

- Effettua attività invasiva
- Effettua attività invasiva e attività chirurgica
- Non effettua attività invasiva e non effettua attività chirurgica
- Altro (specificare) _____

Periodo di retroattività: Con riferimento alla legge n 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, si invita ad acquistare una copertura con la retroattività consona a coprire gli anni di pregressa attività svolta:

- Nessuna retroattività
- 5 anni di retroattività
- 10 anni di retroattività
- Indicare un periodo diverso _____



Indicare il massimale necessario per la copertura assicurativa

- 1 milione di euro
- 2 milioni di euro
- 3 milioni di euro
- Altro (specificare) _____

Necessita di una copertura di tutela legale

- Sì
- No

In caso affermativo indicare il massimale di tutela legale:

- € 30.000
- € 50.000

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Sono stati illustrati i seguenti elementi?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Caratteristiche della polizza | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Franchigie e scoperti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Eventuali esclusioni e/o rivalse | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Durata del contratto e modalità di disdetta | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Il sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al presente questionario, assumendosi ogni responsabilità conseguente.

Roma _____

Firma cliente _____

Analizzando le risposte fornite, l'intermediario Marco Roselli dichiara che, in base alle esigenze del cliente, la proposta/contratto risulta

- Coerente
- Non coerente

Firma intermediario _____

N.B. Nel caso di non coerenza non si potrà procedere con l'emissione della proposta/polizza

Roselli Insurance Service sas

Via Appiano, 16 00136 Roma Tel.06 39744481 info@rosellinsurance.it www.rosellinsurance.it