

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE

### CONTRATTO DI RC PROFESSIONALE DEL MEDICO OSPEDALIERO DIPENDENTE DI STRUTTURA PUBBLICA ESCLUSIVA GARANZIA RIVALSA PER COLPA GRAVE

Gentile Cliente, La informiamo che la compilazione del presente questionario è necessaria in quanto finalizzata ad acquisire le informazioni necessarie a valutare le Sue richieste ed esigenze e, quindi, a creare una soluzione assicurativa in linea.

#### INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| Cognome Nome                 |                             |
| Indirizzo di residenza       | Luogo e data di nascita     |
| Codice fiscale / Partita Iva | Anno di iscrizione all'Albo |
| Indirizzo e-mail             |                             |

#### INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' SVOLTA

##### CHE TIPO DI ATTIVITA' SVOLGE

|  |
|--|
|  |
|--|

##### L'ATTIVITA' VIENE SVOLTA COME

|  |
|--|
|  |
|--|

##### L'ATTIVITA' DESCRITTA VIENE SVOLTA PRESSO

|                               |                                                                   |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Denominazione della Struttura | Definire il tipo di struttura<br>Pubblica – Accreditata – Privata |
| 1.                            |                                                                   |
| 2.                            |                                                                   |
| 3.                            |                                                                   |

##### SVOLGE PRESTAZIONI DI EMERGENZA SANITARIA ANCHE FUORI DALL'ATTIVITA' RETRIBUITA

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | SI |  | NO |
|--|----|--|----|

### INFORMAZIONI SULLE COPERTURE ASSICURATIVE

#### HA IN CORSO POLIZZE PER IL MEDESIMO RISCHIO

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | SI |  | NO |
|--|----|--|----|

#### E' A CONOSCENZA DELL'ESISTENZA DI UNA POLIZZA DI PRIMO RISCHIO SOTTOSCRITTA DALL'ENTE PRESSO CUI PRESTA LA PROPRIA ATTIVITA'

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | SI |  | NO |
|--|----|--|----|

#### L'ESIGENZA DI COPERTURA ASSICURATIVA È DETERMINATA DA

#### ATTRAVERSO QUALI MASSIMALI RITIENE TUTELATO IL SUO PATRIMONIO

#### E' SUA INTENZIONE AVERE LA POSSIBILITA' DI DENUNCIARE UN EVENTUALE SINISTRO ANCHE DOPO LA CESSAZIONE DELLA POLIZZA

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | SI |  | NO |
|--|----|--|----|

### DICHIARAZIONE DI COERENZA DEL PRODOTTO CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

(art. 58, comma 4-bis, Reg. IVASS n. 40/2018)

Il sottoscritto Intermediario,

#### preMESSO che

- si è proceduto ad acquisire e valutare le informazioni sulle caratteristiche personali, sulle esigenze e sulle richieste del Contraente e dell'Assicurato, come da apposita documentazione predisposta a tal fine dall'Intermediario stesso;
- sono state illustrate al contraente, in forma chiara e comprensibile, le informazioni oggettive sul prodotto proposto,

#### dichiARA che

il prodotto proposto è ritenuto coerente con le richieste ed esigenze del contraente, come risultanti dal questionario, in riferimento al momento in cui è stato reso.

L'Intermediario

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver fornito in modo esaustivo e veritiero ogni informazione inerente alle proprie caratteristiche, esigenze e richieste assicurative attraverso gli appositi strumenti predisposti dall'Intermediario;
- di essere consapevole che la valutazione di coerenza effettuata dall'intermediario è fondata sul predetto questionario con riguardo al momento in cui esso è stato reso e che detta valutazione non si estende a successivi mutamenti dello stesso;
- di essere consapevole che sia la Compagnia che l'intermediario non potranno essere ritenuti responsabili per eventuali danni cagionati da un questionario viziato da omissioni o errori di non lieve entità o false dichiarazioni derivanti da dolo o colpa del contraente.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

Il Contraente

\_\_\_\_\_

QUESTIONARIO RELATIVO ALLA POLIZZA

\_\_\_\_\_