

QUESTIONARIO PER IL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome e Nome		Codice Fiscale
Indirizzo di Residenza		Luogo e data di nascita
Data di iscrizione all'Albo		Albo di
Data di conseguimento del titolo di studio	Data di conseguimento della specializzazione	Data di iscrizione all'Albo professionale
Mail	Pec	

CATEGORIA DI RISCHIO

Selezionare

1. Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia
2. Medico Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata

Selezionare l'attività da assicurare

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE	Selezionare l'attività svolta
Allergologia e immunologia clinica	
Anatomia patologica	
Andrologia	
Angiologia e flebologia	
Audiologia e foniatria	
Cardiologia	
Dermatologia e venereologia	
Diabetologia e malattie del metabolismo	
Diagnostica ecografica internistica	
Ematologia e medicina trasfusionale	
Endocrinologia e malattia del ricambio	
Epatologia	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia - Ostetricia - esclusa PMA	
Ginecologia compresi atti invasivi, compresa PMA	
Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	
Malattie infettive e tropicali	
Medicina del lavoro – comprese perdite patrimoniali	
Medicina dello sport	
Medicina d'emergenza-urgenza- pronto soccorso - 118	
Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)	
Medicina interna	
Medicina legale – comprese perdite patrimoniali	
Medicina nucleare	
Medicina termale	
Medico di medicina generale - medico di famiglia	
Medico non specializzato	
Medico specializzando o corsista in medicina generale - comprese attività compatibili previste dalle Legge	
Microbiologia e virologia	
Nefrologia	
Neurofisiopatologia	
Neurologia	
Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile	
Oculistica - oftalmologia	

Oncologia e senologia	
Ortopedia	
Otorinolaringoiatria	
Pediatria senza neonatologia	
Pneumologia	
Psichiatria	
Psicologia clinica	
Radiodiagnostica (compresa mammografia)	
Radiodiagnostica (esclusa mammografia)	
Radioterapia	
Reumatologia	
Terapia del dolore e cure palliative	
Urologia	

Se selezionata una delle sopra indicate Specialità non chirurgiche, precisare se l'attività svolta comprende:

SOLO VISITE		ATTI INVASIVI	
-------------	--	---------------	--

Atti invasivi: atti diagnostici e/o terapeutici senza accesso alla sala operatoria o con accesso alla sala operatoria e senza ricorso ad anestesia totale, spinale o epidurale, con inserimento nell'organismo di strumentario medico e/o con l'asportazione di tessuti e/o il prelievo biptico per indagini istologiche.

ATTIVITÀ CHIRURGICHE	Selezionare l'attività svolta
Anestesia – rianimazione e terapia intensiva	
Cardiologia interventistica	
Chirurgia addominale	
Chirurgia andrologica	
Chirurgia bariatrica	
Chirurgia d'urgenza	
Chirurgia dell'apparato digerente - gastroenterologia operativa	
Chirurgia della mano	
Chirurgia dermatologica	
Chirurgia estetica plastica	
Chirurgia fetale	
Chirurgia generale (esclusa bariatrica)	
Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)	
Chirurgia maxillo facciale inclusa chirurgia estetica pertinente	
Chirurgia oncologica e senologica	
Chirurgia oncologica ortopedica	
Chirurgia pediatrica	
Chirurgia proctologica	
Chirurgia ricostruttiva (esclusa finalità estetica)	
Chirurgia toracica	
Chirurgia urologica	
Chirurgia vascolare - flebologia	
Ginecologia e ostetricia compresa chirurgia ginecologica - compresa assistenza al parto - compresa PMA	
Ginecologia e ostetricia compresa chirurgia ginecologica - esclusa assistenza al parto - compresa PMA	
Nefrologia chirurgica	
Neurochirurgia	
Oculistica - oftalmologia (esclusa chirurgia estetica)	
Oculistica - oftalmologia inclusa chirurgia estetica pertinente	
Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali	
Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica)	
Otorinolaringoiatria inclusa chirurgia estetica pertinente	
Pediatria con neonatologia e TIN	

Se selezionata una delle sopra indicate Specialità chirurgiche, precisare se l'attività svolta comprende:

CHIRURGIA MINORE		CHIRURGIA	
------------------	--	-----------	--

Chirurgia minore: interventi con incisione, resezione o asportazione, taglio e cucitura dei tessuti, per fini diagnostici o terapeutici, senza ricorso ad anestesia totale, spinale o epidurale.

MASSIMALE			
La legge stabilisce i massimali minimi di garanzia: - Per i Medici che NON svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: 1.000.000 euro per sinistro - Per i Medici che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: 2.000.000 euro per sinistro.			
SELEZIONARE IL MASSIMALE PRESCELTO			
1.000.000 € per sinistro 3.000.000 € per aggregato annuo (solo per attività non chirurgiche)		2.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per aggregato annuo (per attività non chirurgiche e chirurgiche)	
		3.000.000 € per sinistro 6.000.000 € per aggregato annuo (solo per attività chirurgiche)	

GARANZIE OPZIONALI acquistabili con il versamento del relativo premio	Selezionare la garanzia
CONSULENTE / DOCENTE	
DIRIGENTE/ DIRETTORE SANITARIO / CAPO DIPARTIMENTO	
ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO	
LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AD ATTIVITÀ DI MEDICINA ESTETICA	
MEDICINA ESTETICA (ESTENSIONE)	
GARANZIA POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITÀ – PAGAMENTO ALLA STIPULA (25% del premio lordo di polizza per ciascun anno di durata del contratto, da versare anno per anno contestualmente al pagamento del premio per la polizza base)	

DICHIARAZIONI			
L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente questionario non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, rappresentano inadempimento contrattuale.			
Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? (SI/NO)			
Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE			
L'assicurando è a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?			
È titolare di polizze per il medesimo rischio?			
Se Sì, con quale Compagnia?		E con quale scadenza?	
Sono state disdettate?			
È titolare di una polizza di TUTELA LEGALE?			
Se Sì, con quale Compagnia?			
L'assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.° 41 del 2 agosto 2018: - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP) - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO) - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO - INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.° 679 - 2016			

Data

L'Assicurando

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 9 DEL REGOLAMENTO UE N.° 2016/679

ANAGRAFICA	Il/La sottoscritto/a	
	Nato/a a	Il
	Residente a	

Presa visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del GDPR, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

- Al trattamento delle categorie particolari di dati¹ (ex art. 9 del GDPR) per le finalità di cui al paragrafo 3.A dell'informativa (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge)

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Il mancato conferimento o la revoca del consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità contrattuali e di legge comportano l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.

-
- Al trattamento dei dati personali (ivi comprese le categorie particolari di dati) per le finalità di cui al paragrafo 3.B dell'informativa)
 - **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare**
☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**
 - **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze**
☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**
-

Luogo, il

Firma

¹ Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.

Presa d'atto e Consenso dell'interessato

Ai sensi degli artt. 6-10 del Reg. (UE)2016/679, io sottoscritto/a _____
in qualità di [1] soggetto interessato e/o [2] titolare della responsabilità genitoriale di _____
prendo atto dell'informativa di cui sopra ed in particolare relativa al trattamento dei miei dati da parte di ASSITORINO SRL, mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE ed eventualmente al di fuori, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie, per l'esecuzione dei servizi e delle prestazioni professionali necessarie a dar seguito agli obblighi contrattuali intrapresi,

Inoltre

☐Autorizzo ☐Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali, personali economici, particolari e i dati inerenti lo stato di salute per le sole finalità indicate nella presente informativa e descritte all'interno del GDPR aziendale. Prendo altresì atto che le modalità di trattamento e di conservazione dei dati avviene in conformità e nei limiti della normativa vigente.

Torino, data

Firma

☐Autorizzo ☐Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di newsletter per le sole finalità indicate nella presente informativa e descritte all'interno del GDPR aziendale.

Pertanto rilascio:

e-mail _____

recapito telefonico _____

Torino, data

Firma



DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente, il sottoscritto

.....

dichiara di aver ricevuto e preso visione (indicare solo quelli consegnati):

- ✓ Dell'Allegato 3 – Modello Unico Precontrattuale (MUP) in ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24
- ✓ Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/ in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018
- ✓ Della documentazione informativa precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni.

data e luogo

.....

Il Contraente / L'Assicurato

.....

ASSITORINO S.r.l.

Piazza Lagrange, 2 – 10123 Torino (TO)

Tel. 011 433528.1/4 – Fax 011 4478013 – P.I. 12276640013

Iscrizione RUI n° A000652348 – www.assitorino.com – E-mail: info@assitorino.it