



### DATI TECNICI E CONTRATTUALI

AGENZIA DI \_\_\_\_\_ COD. \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO

ASSICURANDO \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DELLO STUDIO (SE DIVERSO DAL DOMICILIO) \_\_\_\_\_

DATA DEL DIPLOMA DI LAUREA \_\_\_\_\_ CONSEGUITO PRESSO \_\_\_\_\_ N° E DATA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA/REGIONE \_\_\_\_\_

#### 1) ATTIVITÀ PRESSO ENTI OSPEDALIERI PUBBLICI SÌ NO

Se SI indicare quale Ente \_\_\_\_\_

L'attività è svolta in qualità di \_\_\_\_\_ Dipendente  Altra

SÌ  NO

#### 2) ATTIVITÀ DI LIBERA PROFESSIONE SÌ NO

Se SI specificare se: \_\_\_\_\_

a) in cliniche o strutture private

b) in studio professionale privato

c) intra moenia presso l'Ente di cui al punto 1)

In caso di risposta b)

- vi sono dipendenti dello studio privato dell'Assicurando?  SÌ  NO

se SI indicare numero e mansioni \_\_\_\_\_

- in studio privato

dell'Assicurando viene utilizzato materiale radioattivo  SÌ  NO

se SI specificare il tipo di materiale utilizzato \_\_\_\_\_

a scopo diagnostico  a scopo terapeutico

- in studio privato dell'Assicurando vengono usate:

a) apparecchiature per terapia radiante?  SÌ  NO

b) altre apparecchiature (per crioterapia, per laserterapia, etc.)?  SÌ  NO

se SI specificare \_\_\_\_\_

#### 3) SPECIALIZZAZIONI

| TIPO | CONSEGUIMENTO |        |
|------|---------------|--------|
|      | DATA          | PRESSO |
|      |               |        |
|      |               |        |
|      |               |        |

#### 4) NOSTRO CLIENTE CON POLIZZE NUMERO:

\_\_\_\_\_

#### 5) L'ATTIVITÀ COMPORTA L'EFFETTUAZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI? SÌ NO

Se SI indicare il numero approssimativo di interventi effettuati nell'ultimo anno solare per specializzazione e struttura in cui vengono effettuati.

N.B. Indicare anche gli interventi di implantologia dentaria

| SPECIALITA' | Ospedali pubblici come dipendente | intra moenia | Strutture private | TOTALE |
|-------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|--------|
|             |                                   |              |                   |        |
|             |                                   |              |                   |        |
|             |                                   |              |                   |        |

#### 6) L'Assicurando è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza? SÌ NO

#### 7) CHIAMATA IN CAUSA PER RESPONSABILITÀ

a) la responsabilità dell'Assicurando è mai stata chiamata in causa per lo svolgimento della sua attività professionale?  SÌ  NO

Se SI allegare una descrizione dei casi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, ammontare richiesta di risarcimento, esito)

b) L'Assicurando, al momento della firma del presente questionario, è assicurato o è stato in passato assicurato per i rischi derivanti dalla sua professione?  SÌ  NO

Se SI, nel caso in cui l'Assicuratore di cui al punto b) sia diverso da quello che sottopone il presente questionario, indicare:

I) l'identità di tale Assicuratore: \_\_\_\_\_

II) se sono state presentate denunce di sinistro a tale Assicuratore  SÌ  NO  
Se SI, indicare estremi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, esito)

III) se la polizza con tale Assicuratore:

- sia tuttora in vigore: indicare massimali

- sia stata annullata per sinistro  SÌ  NO

- non sia stata rinnovata alla scadenza  SÌ  NO

Se SI, si prega di indicarne le ragioni \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurando è consapevole che le presenti dichiarazioni faranno parte integrante della polizza eventualmente stipulata, che le notizie fornite con il presente questionario costituiranno elementi essenziali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima e dichiara pertanto, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le risposte ivi contenute sono complete e veritiere.

L'Assicurando dichiara altresì di essere informato, ai sensi della legge 675/1996, che i dati raccolti sono trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa, tramite una organizzazione ed una logica strettamente correlate alle finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati a: altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi Paesi extra-UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione; che alla stessa competono i diritti di cui all'Art. 13 della legge 675/1996; che il Titolare del sopradescritto trattamento è il Groupama Assicurazioni S.p.A., con sede in Roma, Viale Cesare Pavese 385.

Con la sottoscrizione della presente proposta questionario, preso atto di tale informazione, l'Assicurando acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Il presente questionario è stato compilato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in tre esemplari ad un solo effetto.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

### DATI TECNICI E CONTRATTUALI

|                  |            |
|------------------|------------|
| AGENZIA DI _____ | COD. _____ |
|------------------|------------|

### QUESTIONARIO

|   |                         |   |
|---|-------------------------|---|
| ASSICURANDO _____                                       | DATA DI NASCITA _____   | LUOGO DI NASCITA _____  |
| CODICE FISCALE _____                                    | DOMICILIO _____         |   |
| INDIRIZZO DELLO STUDIO (SE DIVERSO DAL DOMICILIO) _____ |                         |   |
| DATA DEL DIPLOMA DI LAUREA _____                        | CONSEGUITO PRESSO _____ | N° E DATA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA/REGIONE _____ |

#### 1) ATTIVITÀ PRESSO ENTI OSPEDALIERI PUBBLICI SÌ NO

Se SI indicare quale Ente \_\_\_\_\_

L'attività è svolta in qualità di \_\_\_\_\_ Dipendente  Altra   
 SÌ  NO

#### 2) ATTIVITÀ DI LIBERA PROFESSIONE SÌ NO

Se SI specificare se: \_\_\_\_\_

- a) in cliniche o strutture private   
 b) in studio professionale privato   
 c) intra moenia presso l'Ente di cui al punto 1)

In caso di risposta b) \_\_\_\_\_

- vi sono dipendenti dello studio privato dell'Assicurando?  SÌ  NO

se SI indicare numero e mansioni \_\_\_\_\_

- in studio privato \_\_\_\_\_

dell'Assicurando viene utilizzato materiale radioattivo  SÌ  NO

se SI specificare il tipo di materiale utilizzato \_\_\_\_\_

a scopo diagnostico  a scopo terapeutico

- in studio privato dell'Assicurando vengono usate:

a) apparecchiature per terapia radiante?  SÌ  NO

b) altre apparecchiature (per crioterapia, per laserterapia, etc.)?  SÌ  NO

se SI specificare \_\_\_\_\_

#### 3) SPECIALIZZAZIONI

| TIPO | CONSEGUIMENTO |        |
|------|---------------|--------|
|      | DATA          | PRESSO |
|      |               |        |
|      |               |        |
|      |               |        |

#### 4) NOSTRO CLIENTE CON POLIZZE NUMERO:

|  |
|--|
|  |
|  |

#### 5) L'ATTIVITÀ COMPORTA L'EFFETTUAZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI? SÌ NO

Se SI indicare il numero approssimativo di interventi effettuati nell'ultimo anno solare per specializzazione e struttura in cui vengono effettuati.

N.B. Indicare anche gli interventi di implantologia dentaria

| SPECIALITA' | Ospedali pubblici come dipendente | intra moenia | Strutture private | TOTALE |
|-------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|--------|
|             |                                   |              |                   |        |
|             |                                   |              |                   |        |
|             |                                   |              |                   |        |

#### 6) L'Assicurando è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza? SÌ NO

#### 7) CHIAMATA IN CAUSA PER RESPONSABILITÀ

a) la responsabilità dell'Assicurando è mai stata chiamata in causa per lo svolgimento della sua attività professionale?  SÌ  NO

Se SI allegare una descrizione dei casi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, ammontare richiesta di risarcimento, esito)

b) L'Assicurando, al momento della firma del presente questionario, è assicurato o è stato in passato assicurato per i rischi derivanti dalla sua professione?  SÌ  NO

Se SI, nel caso in cui l'Assicuratore di cui al punto b) sia diverso da quello che sottopone il presente questionario, indicare:

I) l'identità di tale Assicuratore: \_\_\_\_\_

II) se sono state presentate denunce di sinistro a tale Assicuratore  SÌ  NO  
 Se SI, indicare estremi (data del fatto, data denuncia, causa del danno, eventuali azioni penali, esito)

III) se la polizza con tale Assicuratore:  
 - sia tuttora in vigore: indicare massimali \_\_\_\_\_  
 - sia stata annullata per sinistro  SÌ  NO  
 - non sia stata rinnovata alla scadenza  SÌ  NO

Se SI, si prega di indicarne le ragioni \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurando è consapevole che le presenti dichiarazioni faranno parte integrante della polizza eventualmente stipulata, che le notizie fornite con il presente questionario costituiranno elementi essenziali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima e dichiara pertanto, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le risposte ivi contenute sono complete e veritiere.

L'Assicurando dichiara altresì di essere informato, ai sensi della legge 675/1996, che i dati raccolti sono trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa, tramite una organizzazione ed una logica strettamente correlate alle finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati a: altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi Paesi extra-UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione; che alla stessa competono i diritti di cui all'Art. 13 della legge 675/1996; che il Titolare del sopradescritto trattamento è il Groupama Assicurazioni S.p.A., con sede in Roma, Viale Cesare Pavese 385.

Con la sottoscrizione della presente proposta questionario, preso atto di tale informazione, l'Assicurando acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Il presente questionario è stato compilato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in tre esemplari ad un solo effetto. Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_