

PROPOSTA - QUESTIONARIO R.C. PROFESSIONALE MEDICI

Cognome e nome del Proponente _____

Data di inizio dell'attività _____

Specializzazione medica conseguita e/o praticata _____

Strutture presso le quali viene esercitata l'attività :

. Azienda Ospedaliera (A.O.) . Azienda U.S.L. . Clinica Privata / Casa di Cura

. Studio Privato . Studio Associato . Poliambulatorio

Il proponente :

1) Effettua interventi chirurgici ? . SI . NO

in caso affermativo, con quali modalità assolve l'obbligo del "consenso informato" ?

2) Effettua interventi di chirurgia ambulatoriale ? . SI . NO

in caso di risposta positiva indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di interventi

b) le modalità di esecuzione degli stessi

c) le strutture (pubbliche o private) nelle quali pratica tali interventi

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

in caso di risposta positiva indichi le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione

Pag. 1 di 6

PQ R.C.Med.-Ed 01-02

Pag. 2 di 6

4) Effettua interventi o trattamenti di natura estetica ? . SI . NO

in caso di risposta positiva indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di interventi

b) le modalità di esecuzione degli stessi

c) le strutture (pubbliche o private) nelle quali pratica tali interventi o trattamenti

5) Esercita attività libero-professionale ? . SI . NO

in caso di risposta positiva indichi:

- a) l'ambito di esecuzione di tale attività . Intra-moenia . Extra-moenia
- b) il nominativo e le mansioni di ogni eventuale aiuto o collaboratore laureato

- b) il nominativo e le mansioni di ogni eventuale collaboratore paramedico

6) Presta la sua opera presso il reparto di pronto soccorso ? . SI . NO

in caso di risposta positiva indichi:

- a) la frequenza di tale attività . occasionale . periodica . permanente
- b) se in tale ambito di attività esegue interventi chirurgici . SI . NO

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

in caso di risposta negativa indichi i paesi esteri presso i quali opera e le mansioni che ivi ricopre

Pag. 3 di 6

8) Ricopre incarichi di Primario o di Direttore sanitario ? . SI . NO

in caso di risposta positiva indichi:

- a) le tipologie di reparti coordinati

- b) il numero dei medici che coordina per ciascun reparto

- c) il numero dei posti letto assegnati ai settori medesimi

9) Detiene una scheda sanitaria dei propri pazienti ? . SI . NO

in caso di risposta positiva precisi se si avvale

di sistemi informatici . SI . NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI DENTISTI

10) Esegue interventi di Implantologia ? . SI . NO

11) I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative CEE ? . SI . NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI BIOLOGI

12) Esegue indagini o analisi genetiche e/o prenatali ? . SI . NO

In caso di risposta positiva precisi se le indagini sono eseguite in base a protocolli predefiniti

Pag. 4 di 6

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI CHIRURGHI ESTETICI

13) Da quanti anni esercita la chirurgia estetica ? _____

14) Quali tipologie di interventi esegue ?

15) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche ?

16) I materiali impiegati per tali interventi sono
autorizzati ai sensi delle normative CEE ? . SI . NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI OCULISTI

17) Effettua interventi per la riduzione dei difetti visivi ? . SI . NO

18) Quali tipologie di interventi esegue ?

19) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche ?

20) Indichi precedenti assicurazioni o polizze in corso per il medesimo rischio, stipulate con le Generali o con altre compagnie di assicurazione, indicando i nomi delle compagnie, i numeri di polizza, le date di emissione, i massimali assicurati ed i premi annui _____

Pag. 5 di 6

21) Eventuali motivi di annullamento delle precedenti posizioni assicurative (indichi anche gli estremi di dette polizze) _____

22) Precedenti sinistri (precisi l'importo, le cause e le eventuali posizioni assicurative colpite)

23) Alla data odierna è a conoscenza di circostanze o situazioni
che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei
suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori ? . SI . NO

24) In caso affermativo descriva dettagliatamente tali circostanze _____

25) Indichi l'entità del massimale richiesto .

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia, qualora la polizza Responsabilità Civile Medici sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno 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 sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Il Proponente dichiara altresì di aver ricevuto l'allegata informativa ai sensi dell'art.10 della legge 675/96

Firma del Proponente

Data

Per rispettare la legge sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 10 legge 31 dicembre 1996, n. 675).

La nostra Società, per fornire i servizi ⁽¹⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti, deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso per i trattamenti di dati, eventualmente anche sensibili ⁽²⁾, strettamente necessari per i suddetti servizi.

I dati forniti da Lei o da altri soggetti ⁽³⁾, sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi da Lei richiesti, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo società di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica e organizzativa ⁽⁴⁾.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge ⁽⁵⁾ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ⁽⁶⁾.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili.

Ogni informazione in merito alla individuazione dei Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati o che operano per nostro conto può essere richiesta al Servizio Privacy presso la Sede della Società, Tel. 0415492.599, Fax 0415492.235.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, comuni e sensibili, e alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati apponendo la Sua firma in calce.