



COPERTURE ASSICURATIVE PER MEDICI

PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DI COERENZA

Informazioni fornite dal Contraente per valutare la coerenza del contratto
Il presente documento è stato realizzato in conformità ai modelli resi disponibili da AIBA - Associazione Italiana Broker Assicurazione | ed. Marzo 2021

SEZIONE A - AVVERTENZE PER IL CONTRAENTE

Il Codice delle Assicurazioni e il Regolamento IVASS n° 40 del 2 agosto 2018 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento. Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Qualora il Contraente rifiuti di fornire le informazioni richieste, la valutazione della coerenza del contratto, rispetto alle esigenze assicurative dello stesso, potrebbe essere pregiudicata e il Contraente dovrà rilasciare una dichiarazione attestante il rifiuto stesso.

Prima di procedere alla compilazione del presente questionario, invitiamo a leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

- si risponda in modo completo ed esauriente
- se taluno dei quesiti che vengono posti richiede una risposta articolata, si utilizzi per la stessa un foglio separato, debitamente datato e firmato
- si rammenti che le risposte fornite a ciascuna domanda, oltre a costituire la base delle nostre valutazioni, costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere quindi rese ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46, del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000 per consentire - oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitare di subire il recesso o l'impugnazione del contratto per ottenerne l'annullamento da parte dell'Assicuratore, ed in genere tutte le conseguenze a sancite dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

SEZIONE B - INFORMAZIONI FORNITE DAL CONTRAENTE PER CONSENTIRE AL BROKER DI PROPORRE CONTRATTI COERENTI CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DI COPERTURA ASSICURATIVA E PREVIDENZIALE DEL CONTRAENTE STESSO O DELL'ASSICURATO

RIEPILOGO DEI DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA

Giovane Medico

- Iscritto all'albo FNOM.CeO. dalla data del _____
- Se Medico abilitato
Medico Abilitato che può svolgere le sostituzioni dei medici di MMG e Pediatria di Libera Scelta
Scrivi qui di seguito se altro _____
 - Se Tirocinante Medicina Generale
Formazione specifica M.G. Regione: _____
Formazione specifica M.G. Triennio: _____ / _____ Anno di corso: 1° 2° 3°
 - Se Corsista
Tipo di corso che stai frequentando _____
Struttura presso la quale lo stai frequentando _____
 - Se Specializzando
Tipo di specializzazione che stai frequentando _____
Struttura presso la quale lo stai frequentando _____
Scrivi qui di seguito se non presente _____

Medico Convenzionato con il SSN

Attività professionale svolta _____

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Medico con doppio incarico • Medico di assistenza primaria | <ul style="list-style-type: none"> • Medico di continuità assistenziale • Medico di emergenza sanitaria territoriale | <ul style="list-style-type: none"> • Medico di medicina dei servizi • Pediatra di libera scelta |
|---|--|---|

Scrivi qui di seguito se non presente _____

Codice regionale n. _____ ASL/AUSL di appartenenza _____ Titolare del rapporto convenzionale dall'anno _____

Medico Dipendente

Tipo di specializzazione _____
Scrivi qui di seguito se non presente _____
Svolge attività in una struttura pubblica Svolge attività in una struttura privata
In quale struttura? _____
Effettua attività intramoenia Effettua attività extramoenia

Medico Libero Professionista

Tipo di specializzazione già conseguita _____
Scrivi qui di seguito se non presente _____
Esercita presso il proprio studio Esercita presso strutture terze

Personale non medico

Tipo di attività _____
Libero professionista Dipendente struttura pubblica Dipendente struttura privata

OBIETTIVI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Rispettare obblighi di legge o contrattuali *

Tutelarsi contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale *

Tutelarsi dai rischi derivanti dalla proprietà o conduzione dello studio/ufficio

Tutelarsi dai rischi relativi alla protezione dei propri beni

Tutelare il proprio patrimonio da spese relative alla difesa dei propri interessi (**tutela legale**)

Inserisci altri obiettivi o necessità nello spazio qui di seguito: _____

Polizze attive a copertura degli obiettivi sopra riportati? _____

Tutelarsi dagli infortuni in caso di decesso e/o invalidità permanente

Tutelarsi in caso di infortuni per il riconoscimento di una indennità giornaliera e/o rimborso spese

Tutelarsi dalla malattia in caso di decesso e/o invalidità permanente

Tutelarsi dalla malattia per il riconoscimento di una indennità giornaliera e/o rimborso spese

Quali: _____

TIPO DI GARANZIA RICHIESTA

Colpa grave e lieve

Infortuni ambito lavorativo

Solo colpa grave

Infortuni tempo libero e lavoro

Responsabilità Civile non professionale per Frequentazione Corsi di Formazione

Rischio itinere

Effettua atti invasivi

Malattie in servizio

Effettua attività chirurgiche

Massimale richiesto € _____

Fatturato ultimo anno fiscale € _____

* *obbligatorio per proseguire*

SEZIONE C - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'INTERMEDIARIO

Dichiarazione del Contraente di avere fornito tutte le informazioni richieste e ordine di copertura

Il Contraente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni e le indicazioni che precedono ai fini della coerenza della proposta assicurativa formulatagli. Pertanto richiede di procedere all'emissione del preventivo conforme alle esigenze ed ai bisogni espressi, sinteticamente rappresentati nelle sezioni che precedono del presente documento.

Luogo _____

Firma del contraente _____



Data _____

Nome e cognome dell'Intermediario _____

NOTE IMPORTANTI

- Il presente documento è stato redatto per acquisire e documentare le informazioni fornite dal Contraente, per valutare la coerenza della proposta assicurativa formulatagli con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente stesso o dell'assicurato, per fornire allo stesso Contraente un quadro sintetico della copertura assicurativa trattata. Il presente documento **NON** potrà essere considerato sostitutivo dei documenti contrattuali che dovessero essere emessi dalla Compagnia di Assicurazione in caso di esito positivo della trattativa. La proposta di assicurazione, redatta sulla base delle informazioni e delle indicazioni fornite dal Contraente, potrebbe subire modifiche alla luce di eventuali successivi aggiornamenti delle informazioni fornite.
- Il contraente è invitato a leggere con attenzione la documentazione informativa precontrattuale e quella contrattuale.