

QUESTIONARIO INTEGRATIVO PER LE POSIZIONI RISERVATE DIREZIONE

Durante il percorso di navigazione hai fornito una risposta che necessita di un'espressa approvazione da parte dell'Assicuratore.

Per poterti proporre una quotazione personalizzata è necessario rispondere alle domande qui di seguito, in caso contrario non sarà possibile ottenere la quotazione e quindi il contratto assicurativo

CIRCOSTANZE / FATTI NOTI

Hai dichiarato che negli ultimi 3 anni sei venuto a conoscenza di Fatti Noti e/o Circostanze (*procedimento penale o Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria o l'Impresa di Assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave*) che potrebbero determinare richieste di risarcimento inerenti all'Attività Professionale esercitata nell'ambito di Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie.

Indica il numero dei fatti noti/circostanze a tua conoscenza: _____

I seguenti dati sono richiesti per ogni circostanza/fatto noto a tua conoscenza:

- Qual è la contestazione scritta ricevuta? _____
- Breve descrizione e status attuale dell'evento _____
- Data di ricevimento atto (gg/mm/aaaa)
- L'importo contestato (€) della richiesta danni/contestazione (se non quantificata indicare 0)
- Nome dell'ente danneggiato _____
- Hai sostenuto spese legali? In caso affermativo, indica un importo _____
- Hai già denunciato la contestazione su polizza di altra compagnia di assicurazioni? SI ___ NO ___

- Qual è la contestazione scritta ricevuta? _____
- Breve descrizione e status attuale dell'evento _____
- Data di ricevimento atto (gg/mm/aaaa)
- L'importo contestato (€) della richiesta danni/contestazione (se non quantificata indicare 0)
- Nome dell'ente danneggiato _____
- Hai sostenuto spese legali? In caso affermativo, indica un importo _____
- Hai già denunciato la contestazione su polizza di altra compagnia di assicurazioni? SI ___ NO ___

SINISTRI / RICHIESTE DI RISARCIMENTO

- Hai dichiarato che negli ultimi 3 anni hai denunciato Richieste di Risarcimento (*l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti; o l'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii*) inerenti all'Attività Professionale esercitata nell'ambito di Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie.

Indica:

- o Numero di sinistri denunciati _____

I seguenti dati sono richiesti per ogni sinistro:

- o Qual è la contestazione scritta ricevuta? _____
- o Breve descrizione del sinistro e status attuale dell'evento _____
- o Data apertura sinistro (gg/mm/aaaa)
- o L'importo contestato (€) della richiesta danni (se non quantificata indicare 0) _____

- Hai sostenuto spese legali? In caso affermativo, indica un importo _____
- Hai già denunciato la contestazione su polizza di altra compagnia di assicurazioni? SI ___ NO ___

I seguenti dati sono richiesti per ogni sinistro:

- Qual è la contestazione scritta ricevuta? _____
- Breve descrizione del sinistro e status attuale dell'evento _____
- Data apertura sinistro (gg/mm/aaaa)
- L'importo contestato (€) della richiesta danni (se non quantificata indicare 0) _____
- Hai sostenuto spese legali? In caso affermativo, indica un importo _____
- Hai già denunciato la contestazione su polizza di altra compagnia di assicurazioni? SI ___ NO ___

Per AON: Sia nei casi in cui vi sia valutazione Direzione sia in altri particolarmente gravi, sarà necessario inviare copia della contestazione / atto in mano all'assicurato per maggior approfondimento.