

### Cerere - Chestionar

pentru asigurarea de răspundere civilă profesională decurgând din practica medicală (malpraxis)

#### 1. Numele/denumirea și adresa Asiguratului, CNP/CUI

Adresa la care își desfășoară activitatea

#### 2. Denumirea contractului de asigurare

Contractul funcționează individual sau colectiv

#### 3. Asiguratul dispune în activitatea curentă de dotările materiale corespunzătoare

da     nu  
 facilități:  camera de gardă     salon     rezerve     aparatură electronică de intervenție  
                    aparatură electronică de întreținere (menținere)

Mijloacele auto dispun de aparatura necesară     da     nu

#### 4. Numele și specializarea persoanelor asigurate pe baza prezentei polițe.

Nume	Specializarea	Experiența (în ani)

5. În activitatea anterioară depusă de asigurat sau de către oricare din partenerii sau angajații înscrși în tabelul de la nr. 4 de mai sus au existat restricții, suspendări sau revocări impuse ca urmare a unor evenimente de care aceștia s-au făcut răspunzători ?

da     nu    Dacă da, rugăm precizați

6. A fost înaintată până în prezent împotriva asiguratului sau a oricărui asociat sau angajat al său o cerere de despăgubire ?

da     nu    Dacă da, precizați

7. Aveți cunoștință în prezent de eveniment care ar putea da naștere în viitor la o cerere de despăgubire înaintată împotriva asiguratului sau a oricărui asociat sau angajat al său înscris în tabelul de la nr. 4 de mai sus?

da     nu    Dacă da, precizați

#### 8. Specializarea medicală

chirurgie     anestezie     ginecologie     urologie     ortopedie

stomatologie     alergologie     boli cardiovasculare     dermatologie     diabet

endocrinologie     medicină generală     geriatrie     hematologie     boli infecțioase

laringologie     medicină legală     neurologie     pediatrie     medicină nucleară

oftalmologie     O.R.L.     reumatologie     radiologie     psihiatrie     patologie

tratament recuperatoriu     medicină plastică     interne     altele

tratament     operație majoră     operație minoră

Notă: inciziile și intervențiile superficiale vor fi considerate minore.

Operațiile majore vor fi considerate cele cu un grad ridicat de risc precum: intervențiile pe craniu, torace, abdomen, îndepărtarea unor tumori, fracturi deschise, amputări, avort, îndepărtarea oricăror organe interne, chirurgie plastică și în general orice intervenție necesitând anestezie generală.

<b>9. A) Limita răspunderii pe eveniment</b>	limitată la
a) deces /persoană	
b) invaliditate permanentă/persoană	
c) pagube materiale/persoană	
d) franșiza	
<b>B) Limita răspunderii pe perioada asigurată</b>	
<b>Se dorește acoperire suplimentară pentru daune morale ca urmare a unor vătămări corporale?</b> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	

<b>10. Perioada de asigurare</b>	<b>de la</b>	<b>la</b>
----------------------------------	--------------	-----------

<b>11. Datele personale ale Asiguratului:</b>
a) cursurile de specialitate (facultatea, anul absolvirii)
b) dacă Asiguratul a absolvit un institut străin de specialitate, a fost agreat de forul medical intern <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu

<b>12. Denumiți locurile în care ați activat în ultimii 5 ani și perioada</b>
---

<b>13. Au avut loc anumite schimbări în specialitatea practică?</b> <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu
---

**INFORMARE PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL**

Societatea de Asigurare – Reasigurare CITY INSURANCE S.A. vă informează că, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (Regulamentul privind Protecția Datelor nr. 679/ 2016), colectează și prelucrează date cu caracter personal; scopurile prelucrării, temeiul juridic al prelucrării, durata prelucrării, destinatarii datelor cu caracter personal colectate, drepturile individuale, modalitățile de exercitare a drepturilor sunt prezentate în cuprinsul **Notei de Informare**.

**DECLARAȚII SOLICITANT**

Prin semnarea prezentei, declar în mod expres că:

- datele prezentate în această Cerere-Chestionar constituie declarația mea, exactă și reală privind riscul și sunt de acord ca acest document să facă parte integrantă din contractul de asigurare și să stea la baza evaluării riscului de către Asigurător. Am înțeles și sunt de acord ca City Insurance să nu acorde despăgubiri în cazul în care constată că datele furnizate în această declarație nu corespund adevărului, sau pe parcursul asigurării nu am adus la cunoștință orice informație de natură să modifice condițiile de asigurare inițiale, înțelegând că declarațiile false pot implica, după caz, răspundere penală (conform legislației în vigoare).
- am citit și am înțeles conținutul rubricii "Notei de Informare" și mă oblig să transmit documentul tuturor persoanelor pentru care solicit asigurare;
- am obținut, anterior formulării cererii de asigurare, acordul persoanei pentru care solicit asigurarea, în vederea comunicării către City Insurance, a datelor cu caracter personal ale acesteia pentru prelucrarea descrisă în Nota de Informare

**Solicitant**

(nume/prenume/denumire)

Semnătura

L.S.

Data completării.....