

MAIL : [INFO@ASSIFIDI.IT](mailto:INFO@ASSIFIDI.IT)

### QUESTIONARIO

NELLA REDAZIONE DEL QUESTIONARIO AD OGNI QUESITO IL PROPONENTE DOVRÀ DARE ESAURIENTE RISPOSTA E, OVE LO SPAZIO NON DOVESSE RISULTARE SUFFICIENTE, UTILIZZARE IL CAMPO "NOTE" ALLA FINE DEL TESTO, UTILE ANCHE PER RICHIEDERE E/O FORNIRE ULTERIORI INFORMAZIONI.

<b>DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA</b>
RAGIONE SOCIALE
SEDE SOCIALE
NOME DELLA STRUTTURA
PARTITA IVA E/O CODICE FISCALE
UBICAZIONE DELLA STRUTTURA
WEBSITE
EMAIL E RECAPITI TELEFONICI

<b>INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ SVOLTA</b>
<b>1. INDICARE LA TIPOLOGIA DI STRUTTURA</b>
CENTRO DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE LABORATORIO DI ANALISI CENTRO DIAGNOSTICO (RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI) POLIAMBULATORIO CENTRO DIURNO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.) RESIDENZA SOCIALE ASSISTITA STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA (S.R.S.R.) DI ASSISTENZA PSICHIATRICA CENTRO PER DEFICIT COGNITIVI E DEMENZE (C.D.C.D.) CENTRO MALATTIA DI PARKINSON E DISTURBI DEL MOVIMENTO ALTRO

<b>2. DATA DI COSTITUZIONE</b>

**3. NUMERI POSTI LETTO (SE ESISTENTI)****4. PERSONALE DIPENDENTE**

A) NUMERO MEDICI

DETTAGLIARE ATTIVITÀ MEDICHE SVOLTE

B) NUMERO INFERMIERI

C) NUMERO FISIOTERAPISTI

D) ALTRI OPERATORI SANITARI

**5. PERSONALE NON DIPENDENTE**

A) NUMERO MEDICI

DETTAGLIARE ATTIVITÀ MEDICHE SVOLTE

B) NUMERO INFERMIERI

C) NUMERO FISIOTERAPISTI

D) ALTRI OPERATORI SANITARI

**6. SI EFFETTUANO TRATTAMENTI DI MEDICINA ESTETICA SI NO**A) VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA ANCHE A TALI TRATTAMENTI **SI NO****7. SI EFFETTUANO INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA ED ESTETICA SI NO**A) VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA ANCHE A TALI TRATTAMENTI **SI NO**

**8. SI EFFETTUANO INDAGINI GENETICHE E/O PRENATALI SI NO**

A) VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA ANCHE A TALI TRATTAMENTI **SI NO**

**9. SI EFFETTUANO PRATICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA SI NO**

A) VUOLE ESTENDERE LA COPERTURA ANCHE A TALI TRATTAMENTI **SI NO**

**FATTURATO E RETRIBUZIONI**

**FATTURATO**

FATTURATO PRECEDENTE ESERCIZIO EURO

FATTURATO ESERCIZIO IN CORSO EURO

FATTURATO STIMATO PROSSIMO ESERCIZIO EURO

**RETRIBUZIONI**

RETRIBUZIONI PRECEDENTE ESERCIZIO EURO

RETRIBUZIONI ESERCIZIO CORRENTE EURO

RETRIBUZIONI PREVENTIVATE PROSSIMO ESERCIZIO EURO

**POLIZZE IN CORSO E PRECEDENTI ASSICURATIVI**

PRECEDENTI ASSICURATIVI (PRECISARE L'ESISTENZA O LA CESSAZIONE DI POLIZZE ASSICURATIVE CONTRATTE DALL'ASSICURATO)

POLIZZE PERSONALE SANITARIO (PRECISARE SE GLI OPERATORI SANITARI, DIPENDENTI E NON, SIANO IN POSSESSO DI COPERTURE RC PROFESSIONALI PERSONALI)

**MASSIMALE RICHIESTO**

EURO

**SINISTRI E RICHIESTE DI RISARCIMENTO RICEVUTE NEGLI ULTIMI 10 ANNI**

**CONOSCENZA DI CIRCOSTANZE CHE POSSONO GENERARE SINISTRI**

**NOTE**

( ) AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI, AVENDO PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA "PRIVACY POLICY" PUBBLICATA SU [WWW.ASSIFIDI.IT](http://WWW.ASSIFIDI.IT)

LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON IMPEGNA IL PROPONENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE. TUTTAVIA, QUALORA LA STESSA VENISSE EMESSA, LE DICHIARAZIONI RESE NEL QUESTIONARIO SARANNO PRESE A FONDAMENTO DEL CONTRATTO E FORMERANNO PARTE INTEGRANTE DELL'ATTIVITA' PRECONTRATTUALE SVOLTA.  
IL PROPONENTE RICONOSCE CHE LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NEL PRESENTE QUESTIONARIO SONO VERITIERE E DICHIARA ALTRESÌ DI NON AVERE SOTTACIUTO ALCUN ELEMENTO CHE POSSA INFLUIRE SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.

DATA DELLA COMPILAZIONE QUESTIONARIO

FIRMA DEL PROPONENTE