

**Cerere - Chestionar pentru asigurarea de raspundere civilă profesională
decurgând din practica medicală (Malpraxis)**

Numele, prenumele/denumirea	
Adresa Asiguratului,	
CNP/CUI	
Adresa la care își desfășoară activitatea	
În activitatea anterioară depusă de asigurat au existat restricții, suspendări sau revocări impuse ca urmare a unor evenimente de care aceștia s-au facut răspunzători ? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> Dacă DA, rugăm precizați	
A fost înaintată până în prezent împotriva asiguratului sau a oricărui asociat sau angajat al său o cerere de despăgubire ? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> Dacă DA, rugăm precizați:...	
Specializarea medicală <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> anestezie <input type="checkbox"/> ginecologie <input type="checkbox"/> urologie <input type="checkbox"/> ortopedie <input type="checkbox"/> stomatologie <input type="checkbox"/> alergologie <input type="checkbox"/> boli cardiovasculare <input type="checkbox"/> dermatologie <input type="checkbox"/> diabet <input type="checkbox"/> endocrinologie <input type="checkbox"/> medicină generală <input type="checkbox"/> geriatrie <input type="checkbox"/> hematologie <input type="checkbox"/> boli infecțioase <input type="checkbox"/> laringologie <input type="checkbox"/> medicină legală <input type="checkbox"/> neurologie <input type="checkbox"/> pediatrie <input type="checkbox"/> medicină nucleară <input type="checkbox"/> oftalmologie <input type="checkbox"/> O.R.L. <input type="checkbox"/> reumatologie <input type="checkbox"/> radiologie <input type="checkbox"/> psihiatrie <input type="checkbox"/> patologie <input type="checkbox"/> tratament recuperatoriu <input type="checkbox"/> medicină plastică <input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> altele <input type="checkbox"/> tratament <input type="checkbox"/> operație majoră <input type="checkbox"/> operație minoră	
Limita răspunderii pe eveniment limitată la a) deces /persoană _____ b) invaliditate permanentă/persoană _____ c) pagube materiale/persoană _____ d) franșiza _____ B) Limita răspunderii pe perioada asigurată C) Se dorește acoperire suplimentară pentru daune morale ca urmare a unor vătămări corporale? Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	
Perioada de asigurare de la _____ la _____	
Alte detalii sau informatii importante	