

RCP MEDICO CON VISITE e ATTIVITÀ INVASIVA (senza Attività Chirurgica)

IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome/Nome - Ragione Sociale	
Indirizzo: Prov.: Codice Fiscale: Comune di Nascita: Data di Nascita: Anno di inizio Attività: Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del: Tacito Rinnovo NO	Località: Cap: Partita IVA: Prov.: N. ed Anno di Iscrizione all'Albo: Iscritto all'Albo della provincia di: Attività Esercitata: Indirizzo email: Numero di cellulare:

DATI DELL'ASSICURATO SE DIVERSI DAL CONTRAENTE

Cognome/Nome - Ragione Sociale	
Indirizzo: Prov.: Codice Fiscale: Comune di Nascita: Data di Nascita: Anno di inizio Attività: Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del: Tacito Rinnovo NO	Località: Cap: Partita IVA: Prov.: N. ed Anno di Iscrizione all'Albo: Iscritto all'Albo della provincia di: Attività Esercitata: Indirizzo email: Numero di cellulare:

LISTA GARANZIE

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario.

Attività Attualmente Svolta	
Medico Libero Professionista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medico Libero professionista e dipendente di struttura pubblica Se SI indicare l'ente:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medico Libero professionista e dipendente di struttura privata Se SI indicare l'azienda:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SPECIALIZZAZIONE - ATTIVITA' SVOLTA ATTUALMENTE

Indicare l'Attività / Specializzazione che l'Assicurato svolge attualmente e che intende assicurare (è necessario contrassegnare con una "X" le Attività / Specializzazioni svolte in funzione delle opzioni selezionate al precedente punto 3) Garanzie)

Professioni Mediche	
1. Anatomia Patologica	
2. Ematologia	
3. Malattie dell'apparato respiratorio / Pneumologia	
4. Malattie Infettive	
5. Malattie Tropicali	
6. Medicina d'Urgenza - 118	
7. Nefrologia	
8. Neurologia	
9. Radiologia Interventista	
10. Terapia del dolore	

ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario

Medico Frequentatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medicina del Servizio di Emergenza Sanitaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Danni alle attrezzature di laboratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Direttore Sanitario Presso (indicare nome Struttura Sanitaria):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Commissario di Gara	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Componente Organismo di Mediazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
R.C. della Conduzione dello Studio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spese Ripristino Reputazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti ad Attività Chirurgiche, Attività di Medicina e Chirurgia Estetica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	------------------------------------	------------------------------------

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente dichiara di generare un fatturato superiore al 25% di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Massimale Richiesto:

per sinistro € 1.000.000,00

per anno € 3.000.000,00

Retroattività Rilasciata: 10 anni (gratuita) Illimitata

Postuma Prevista: 10 anni

INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		<i>Se si compilare i campi seguenti</i>	
Compagnia:	Data di Scadenza:		
Data di Inizio:	Retroattività:		
Massimale:	N. di anni di copertura precedente continua:		
Franchigia:	Premio Pagato:		

INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti si prega di fornire di seguito tutti i dettagli possibili, principalmente Numero Sinistri / Circostanze e Importo del Danno, ALLEGANDO DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

Numero Sinistri/Circostanze: _____ Data: _____
 Importo del/i Danno/i: _____
 Descrizione Evento/i: _____

DICHIARAZIONI

Il proponente autorizzato alla firma del presente Modulo di Proposta, dichiara:

- **di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;**
- **che le informazioni contenute nel presente Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, L'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. " *Modello CondPoIRCPAreaMedicaCon - Edizione 11-2024* e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIP AreaMedicaCon e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg AreaMedicaCon - Edizione 11-24 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni;**
- **di aver ricevuto e di accettare, informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3, 4 e 4-Ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, Provvedimento n. 97/2020 e s.m.i.;**
- **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della HECA UNIPERSONALE S.R.L.;**
- **di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>

FIRMA QUI >> _____

DATA >>> _____

Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " *Modello CondPoIRCPAreaMedicaCon- Edizione 11-2024.*

- **Capitolo 1 – NORME COMUNI**
Articolo 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modulo di Proposta; Articolo 3 - Coesistenza di altre Assicurazioni; Articolo 6 - Cessazione e Rinnovo del Contratto; Articolo 7 - Modifiche / Cessione dell'Assicurazione; Articolo 8 - Aggravamento del rischio; Articolo 10 - Recesso in caso di sinistro; Articolo 14 - Foro competente e procedura di mediazione.
- **Capitolo 2 – COSA È ASSICURATO. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**
Articolo 16 - Oggetto dell'Assicurazione - "Claims Made"; Articolo 17 - Condizioni relative al Periodo di Retroattività.
- **Capitolo 3 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA SEMPRE OPERANTI**
Articolo 19 - Estensioni della Copertura Assicurativa.
- **Capitolo 4 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA ACQUISTABILI SEPARATAMENTE**
Articolo 20 - Estensioni della Copertura Assicurativa a Pattuizione Espressa.
- **Capitolo 5 – COSA NON È ASSICURATO. ESCLUSIONI**
Articolo 21 – Esclusioni; Articolo 22 - Casi di cessazione dell'Assicurazione.
- **Capitolo 6 – NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**
Articolo 24 - Diritti e Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 26 - Vertenze ecosti di difesa; Articolo 27 - Maggior Tempo per la notifica delle Richieste di Risarcimento; Articolo 28 -Diritto di Surrogazione; Articolo 29 - Massimale - Sotto Limiti di Indennizzo; Articolo 30 - Franchigia / Scoperto.

FIRMA QUI >> _____

DATA >>> _____

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:

Nell'esercizio della propria professione

SI NO

Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.

Ho letto e compreso

SI NO

Esistenza di altre coperture assicurative su:

Responsabilità Civile

SI NO

Infortuni

SI NO

Malattia

SI NO

Incendio

SI NO

Furto

SI NO

Cauzioni

SI NO

Previdenza

SI NO

Multi rischi in genere

SI NO

Tutela legale

SI NO

Trasporti

SI NO

Auto

SI NO

Nessuna

SI NO

Altro

SI NO

Quali sono le sue esigenze assicurative?

Premorienza

SI NO

Veicoli

SI NO

Redditi/Finanziamenti

SI NO

Tenore di vita/Patrimonio

SI NO

Beni

SI NO

Responsabilità civile professionale

SI NO

Viaggi

SI NO

Tutela legale

SI NO

Infortuni

SI NO

FIRMA QUI >> _____ **DATA >>>** _____