

RCP MEDICO SENZA ATTI INVASIVI E PARAMEDICO

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 / Paramedico Libero Professionista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medico / Paramedico Libero professionista e dipendente di struttura pubblica Se SI indicare l'ente:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Medico / Paramedico 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		Professioni Sanitarie Non Mediche	
1 Allergologia		1 Agopuntore	
2 Andrologia		2 Analista al microscopio	
3 Angiologia		3 Assistente di oftalmologia	
4 Audiologia e Foniatria		4 Assistente medico di supporto tecnico	
5 Biochimica e Chimica Clinica		5 Assistente sanitario	
6 Biologia		6 Assistente sociale	
7 Cardiologia		7 Biologo escluse analisi genetiche	
8 Dermatologia e Venereologia		8 Bionaturopata	
9 Diabetologia e Malattie Metaboliche		9 Chimica clinica e microbiologia	
10 Endocrinologia e mal del ricambio		10 Chinesiterapista	
11 Epatologia		11 Chiropratico	
12 Epidemiologia		12 Consulente riabilitazione	
13 Farmacia ospedaliera		13 Contattologo	
14 Farmacologia		14 Cosmetologo	
15 Fisica medica		15 Dietista	
16 Flebologia		16 Dietologo	
17 Gastroenterologia		17 Dosimetrista	
18 Genetica medica		18 Educatore professionale	
19 Geriatria		19 Erborista	
20 Igiene degli alimenti		20 Estetista	
21 Igiene e medicina preventiva		21 Estetologo	
22 Immunologia		22 Etologo	
23 Ispettore sanitario		23 Farmacista	
24 Malattie apparato cardiovascolare		24 Ferrista / Attrezzista di sala operatoria	
25 Malattie apparato digerente		25 Fisico medico	

26 Medicina aeronautica e spaziale		26 Fisioterapista	
27 Medicina antroposofica		27 Foniatria	
28 Medicina del lavoro		28 Igiene degli alimenti	
29 Medicina dello sport non professionista		29 Igienista dentale	
30 Medicina del Servizio di Emergenza Sanitaria		30 Infermiere tutte le specializzazioni	
31 Medicina di comunità		31 Informatore scientifico della salute	
32 Medicina di laboratorio		32 Ingegnere biomedico	
33 Medicina fisica / riabilitativa		33 Kinesiologo	
34 Medicina generale		34 Logopedista	
35 Medicina interna		35 Massaggiatore	
36 Medicina legale		36 Massofisioterapista	
37 Medicina legale delle assicurazioni		37 Massoterapista	
38 Medicina nucleare		38 Medicina ayurvedica	
39 Medicina termale		39 Medicina tradizionale cinese	
40 Medicina non convenzionale, osteopatica		40 Musicista terapeuta	
41 Medico senza specializzazione		41 Naturopata	
42 Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche		42 Odontotecnico	
43 Medico codificatore storia clinica del paziente		43 Operatore Socio Sanitario	
44 Medico competente		44 Optometrista	
45 Medico generico e di base		45 Ortesista	
46 Medico internista		46 Ortopedista	
47 Medico Neolaureato		47 Ortottista	
48 Medico Specializzando		48 Osteopata	
49 Medico terapeuta della respirazione		49 Ostetrica/Levatrice	
50 Microbiologia e virologia		50 Ottico	
51 Neurofisiopatologia		51 Pedagogista	
52 Neuropsichiatria (anche infantile)		52 Perfusionista	
53 Neuroradiologia		53 Podologo	
54 Oculista e oftalmologia		54 Pranoterapeuta	
55 Oftalmologia		55 Psicologo	
56 Omeopata (laureato medico)		56 Psicomotricista	
57 Ortopedia		57 Puericultrice	
58 Otorinolaringoiatra		58 Radioterapista	
59 Patologia clinica		59 Riflessologo	

60 Patologia clinica senza analisi genetiche		60 Senografista	
61 Patologo della parola		61 Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti	
62 Pediatria (esclusa neonatologia)		62 Tecnico di radiologia	
63 Pediatria con neonatologia		63 Tecnico addetto alla farmacia	
64 Perfusionista		64 Tecnico audiologo	
65 Psichiatria		65 Tecnico audiometrista	
66 Psicoanalista		66 Tecnico audioprotesista	
67 Psicologia clinica		67 Tecnico camera iperbarica	
68 Psicoterapia		68 Tecnico degli ultrasuoni	
69 Radioagnostica		69 Tecnico prevenzione luoghi di lavoro	
70 Radiologia (esclusa mammografia)		70 Tecnico della riabilitazione psichiatrica	
71 Radioterapia		71 Tecnico di anatomia e istologia patologica	
72 Reumatologia		72 Tecnico di angiochirurgia perfusionista	
73 Scienze dell'alimentazione /Dietologia		73 Tecnico apparecchi acustici	
74 Senologia		74 Tecnico di cardiologia	
75 Sessuologia		75 Tecnico di emodialisi	
76 Tossicologia medica		76 Tecnico di fisiopatologia respiratoria	
77 Traumatologia		77 Tecnico di laboratorio	
78 Urologia		78 Tecnico di medicina nucleare	
79 Vaccinatore		79 Tecnico di neurofisiopatologia	
		80 Tecnico ECG	
		81 Tecnico nell'alimentazione dietetica	
		82 Tecnico ortopedico	
		83 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	
		84 Tecnico sanitario di radiologia medica	
		85 Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
		86 Terapista del lavoro	
		87 Terapista musicale	
		88 Terapista neuropsicomotorio	
		89 Terapista occupazionale	
		90 Terapista respiratorio	
		91 Terapista shiatsu	

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: _____

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 CondPoIRCPAreaMedicaSenza - Edizione 04-2024* e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIP AreaMedicaSenza e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg AreaMedicaSenza - Edizione 04-24 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 CondPoIRCPAreaMedicaSenza- Edizione 04-2024.*

- **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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esistenza di altre coperture assicurative su:	Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Infortuni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Malattia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Incendio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Furto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Cauzioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Previdenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Multi rischi in genere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Tutela legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Trasporti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Auto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nessuna <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 >>> _____