

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

### **IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**

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

### **DATI DELL'ASSICURATO SE DIVERSI DAL CONTRAENTE**

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

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

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

### 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

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

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

<b>Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>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?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

<b>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?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?</b>	<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 04-2024* 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 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 CondPoIRCPAreaMedicaCon- 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

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 >>>** \_\_\_\_\_