QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE – AREA MEDICO SANITARIA

(Senza interventi chirurgici)

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Iscritto all'albo della provincia di:		
Decorrenza a partire dal				
Indirizzo Email		Numero di cellulare (obbligatorio per procedere con FEA – Firma Elettronica Avanzata, lì dove prevista)		

2. DATI DELL'ASSICURATO SE DIVERSI DAL CONTRAENTE

Cognome e Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Iscritto all'albo della provincia di:		
Decorrenza a partire dal				
Indirizzo Email		Numero di cellulare (obbligatorio per procedere con FEA – Firma Elettronica Avanzata, lì dove prevista)		

3. GARANZIE

Attività Attualmente Svolta	Denominazione struttura
1 Medico Libero Professionista	s
2 Medico Libero professionista e dipendente di struttura pubblica	
3 Medico Libero professionista e dipendente di struttura privata	

4. 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 Anatomia patologica	2 Analista al microscopio
3 Andrologia	3 Assistente di oftalmologia
4 Anestesia e Rianimazione	4 Assistente medico di supporto tecnico
5 Angiologia	5 Assistente sanitario
6 Audiologia e Foniatria	6 Assistente sociale
7 Biochimica e Chimica Clinica	7 Biologo escluse analisi genetiche
8 Biologia	8 Bionaturista
9 Cardiologia	9 Chimica clinica e microbiologia
10 Dermatologia e Venereologia	10 Chinesiterapista
11 Diabetologia e Malattie Metaboliche	11 Chiropratico
12 Ematologia	12 Consulente riabilitazione
13 Endocrinologia e mal del ricambio	13 Contattologo
14 Epatologia	14 Cosmetologo

15 Epidemiologia	15 Dietista
16 Farmacia ospedaliera	16 Dietologo
17 Farmacologia	17 Dosimetrista
18 Fisica medica	18 Educatore professionale
19 Flebologia	19 Erborista
20 Gastroenterologia	20 Estetista
21 Genetica medica	21 Estetologo
22 Genetica medica	22 Etologo
23 Geriatria	23 Farmacista
24 Ginecologia (solo visite ambulatoriali)	24 Ferrista / Attrezzista di sala operatoria
25 Igiene degli alimenti	25 Fisico medico
26 Igiene e medicina preventiva	26 Fisioterapista
27 Immunologia	27 Foniatria
28 Ispettore sanitario	28 Igiene degli alimenti
29 Malattie apparato cardiovascolare	29 Igienista dentale
30 Malattie apparato digerente	30 Infermiere tutte le specializzazioni
31 Malattie apparato respiratorio pneumologia	31 Informatore scientifico della salute
32 Malattie infettive	32 Ingegnere biomedico
33 Malattie tropicali	33 Kinesiologo
34 Medicina aeronautica e spaziale	34 Logopedista
35 Medicina antroposofica	35 Massaggiatore
36 Medicina del lavoro	36 Massofisioterapista
37 Medicina dello sport non professionista	37 Massoterapista

38 Medicina di comunità	38 Medicina ayurvedica
39 Medicina di laboratorio	39 Medicina tradizionale cinese
40 Medicina d'urgenza 118	40 Musicista terapeuta
41 Medicina estetica	41 Naturopata
42 Medicina fisica / riabilitativa	42 Odontotecnico
43 Medicina generale	43 Operatore Socio Sanitario
44 Medicina interna	44 Optometrista
45 Medicina legale	45 Ortesista
46 Medicina legale delle assicurazioni	46 Ortopedista
47 Medicina nucleare	47 Ortottista
48 Medicina termale	48 Osteopata
49 Medicina non convenzionale, osteopatica	49 Ostetrica/Levatrice
50 Medico senza specializzazione	50 Ottico
51 Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	51 Pedagogista
52 Medico codificatore storia clinica del paziente	52 Perfusionista
53 Medico competente	53 Podologo
54 Medico generico e di base	54 Pranoterapeuta
55 Medico internista	55 Psicologo
56 Medico neolaureato	56 Psicomotricista
57 Medico Specializzando	57 Puericultrice
58 Medico terapeuta della respirazione	58 Radioterapista
59 Microbiologia e virologia	59 Riflessologo
60 Nefrologia	60 Senografista

61 Neurofisiopatologia	61 Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
62 Neurologia	62 Tecnico di radiologia
63 Neuropsichiatria (anche infantile)	63 Tecnico addetto alla farmacia
64 Neuroradiologia	64 Tecnico audiologo
65 Oculista e oftalmologia	65 Tecnico audiometrista
66 Oftalmologia	66 Tecnico audioprotesista
67 Omeopata (laureato medico)	67 Tecnico camera iperbarica
68 Ortopedia	68 Tecnico degli ultrasuoni
69 Otorinolaringoiatra	69 Tecnico prevenzione luoghi di lavoro
70 Patologia clinica	70 Tecnico della riabilitazione psichiatrica
71 Patologia clinica senza analisi genetiche	71 Tecnico di anatomia e istologia patologica
72 Patologo della parola	72 Tecnico di angiochirurgia perfusionista
73 Pediatria (esclusa neonatologia)	73 Tecnico apparecchi acustici
74 Pediatria con neonatologia	74 Tecnico di cardiologia
75 Perfusionista	75 Tecnico di emodialisi
76 Psichiatria	76 Tecnico di fisiopatologia respiratoria
77 Psicoanalista	77 Tecnico di laboratorio
78 Psicologia clinica	78 Tecnico di medicina nucleare
79 Psicoterapia	79 Tecnico di neurofisiopatologia
80 Radioagnostica	80 Tecnico ECG
81 Radiologia (esclusa mammografia)	81 Tecnico nell'alimentazione dietetica
82 Radiologia interventista	82 Tecnico ortopedico
83 Radioterapia	83 Tecnico sanitario di laboratorio biomedico

84 Reumatologia	84 Tecnico sanitario di radiologia medica
85 Scienze dell'alimentazione /Dietologia	85 Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
86 Senologia	86 Terapista del lavoro
87 Sessuologia	87 Terapista musicale
88 Terapia del dolore	88 Terapista neuropsicomotorio
89 Tossicologia medica	89 Terapista occupazionale
90 Traumatologia	90 Terapista respiratorio
91 Urologia	91 Terapista shiatsu
92 Vaccinatore	92 Tossicologo ambientale
93 Specializzando	

5. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

<p>Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a Interventi Invasivi o Attività Chirurgica, quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> la sutura di ferite traumatiche maggiori; l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica; il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti; la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti; l'iniezione e/o introduzione e/o utilizzo di sostanze per finalità estetiche; l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee; la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità od organi, compreso l'uso di bisturi e retrattori; le operazioni di chirurgia estetica. 	☐ SI ☐ NO
---	---

6. ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

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

Medico Frequentatore	☐ SI ☐ NO
Medicina del Servizio di Emergenza Sanitaria	☐ SI ☐ NO
Danni alle attrezzature di laboratorio	☐ SI ☐ NO

Direttore Sanitario	☐ SI ☐ NO
Commissario di Gara	☐ SI ☐ NO
Componente Organismo di Mediazione	☐ SI ☐ NO
R.C. della Conduzione dello Studio	☐ SI ☐ NO
Spese Ripristino Reputazione	☐ SI ☐ NO

7. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

- € 250.000,00
 € 500.000,0
 € 1.000.000,00
 € 2.000.000,00
 € 3.000.000,00
 € 5.000.000,00

Retroattività Richiesta:

- Nessuna
 5 Anni
 10 anni
 Illimitata

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi in cui l'Assicurato sia al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

8. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		☐ SI ☐ NO
Compagnia		
Massimale	Retroattività	
Franchigia		
Premio Pagato	N. di anni di copertura precedente continua	
Data di inizio	Data di scadenza	
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.		
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?		☐ SI ☐ NO

9. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

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?	☐ SI ☐ 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?	☐ SI ☐ NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. 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;*
- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente 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 della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome e
per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

..... /...../.....

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicati 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.