

QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE – AREA MEDICO SANITARIA

(Con Visite, Attività Invasiva e Senza Attività Chirurgica)

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	
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	
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	

5. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente è a conoscenza che **I'Assicurazione non opera** per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti ad Attività Chirurgiche, Attività di Medicina e 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	<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

7. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<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

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 Assicuatori 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 Personalini" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personalini" comunicativi 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 personalini" 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.