Marchio della Optio Italy S.r.l. Unipersonale, agenzia di sottoscrizione diACCREDITED INSURANCE (EUROPE) LIMITED

ACCREDITED INSURANCE (EUROPE) LIMITED

Sede Secondaria In Italia

Modulo di Proposta

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:** **N. ed Anno di Iscrizione all'Albo:** **Iscritto all'Albo della provincia di:** **Attività Esercitata:** **Indirizzo e-mail:** **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:** **N. ed Anno di Iscrizione all'Albo:** **Iscritto all'Albo della provincia di:** **Attività Esercitata:** **Indirizzo e-mail:** **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	☐ **SI** ☐ **NO**
Medico Libero professionista e dipendente di struttura pubblica Se SI indicare l'ente:	☐ **SI** ☐ **NO**
Medico Libero professionista e dipendente di struttura privata Se SI indicare l'azienda:	☐ **SI** ☐ **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, ed implicano una maggiorazione del premio ove previsto.

Medico Frequentatore	☐ SI ☐ NO
Medicina del Servizio di Emergenza Sanitaria	☐ SI ☐ NO
Danni alle attrezzature di laboratorio	☐ SI ☐ NO
Direttore Sanitario Presso (indicare nome Struttura Sanitaria):	☐ SI ☐ NO
Commissario di Gara	☐ SI ☐ NO

Componente Organismo di Mediazione	☐ SI	☐ NO
R.C. della Conduzione dello Studio	☐ SI	☐ NO
Responsabilità Civile Verso Prestatori Di Lavoro (R.C.O.)	☐ SI	☐ NO
Spese Ripristino Reputazione	☐ SI	☐ 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.	☐ **SI**	☐ **NO**

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	☐ **SI**	☐ **NO**
Il Proponente dichiara di generare un fatturato **superiore al 25%** di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	☐ **SI**	☐ **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?	☐ **SI** ☐ **NO** *Se si compilare i campi seguenti*

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?	☐ **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**
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**

Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?	☐ **SI** ☐ **NO**

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti, si prega di compilare la **SCHEDA SINISTRI** posta in fondo al presente documento e di allegare la documentazione disponibile.

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 Glossario e Condizioni di Assicurazione che regolano il presente Contratto, contenuto nel Mod "CondPolRCPAreaMedicaCon" - Edizione 10-26 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;**
- **di aver ricevuto il DIP Mod. DIP Area Medica e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Area Medica - Edizione 10-26 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento IVASS 41/2018;**
- **di aver ricevuto la Copia del Modello unico Precontrattuale per i prodotti assicurativi (MUP 3) ai sensi dell'Art.56 comma 8, Regolamento IVASS 40/2018;**
- **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 Optio Italy S.r.l. Unipersonale;**
- **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 10-2026*.

- **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 12 - Limiti Terrritoriali; 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 diRetroattività.
- **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; Articolo 23 - Richieste di Risarcimento Fraudolente - Clausola Risolutiva Espressa.
- **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 svolgimentodell'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 Optio Italy S.r.l. Unipersonale.
La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Optio Italy S.r.l. Unipersonale 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 >>>**_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SCHEDA SINISTRO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO
Cognome Nome o Ragione Sociale:
Partita IVA o Codice Fiscale:

DATI SINITRO
Data dell'evento lesivo origine del sinistro/circostanza (gg/mm/aa): ___ / ___ / ______
Data della ricezione della notifica (gg/mm/aa): ___/ ___ / _____
Ammontare della richiesta risarcitoria: €

Dati del reclamante / danneggiato (Cognome Nome e/o Ragione Sociale):
Ruolo svolto / incarico ricevuto dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro:
Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità): ____ ____
Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente: ____ ____

PROCEDIMENTO GIUDIZIALE	□ SI	□ NO
Procedimento Civile – Stato	□ Iniziale	□ Definito con Sentenza di assoluzione
	□ Definito con Sentenza di condanna	□ Definito con Accordo Transattivo
Procedimento Penale	Imputazione:	Stato: □ Aperto □ Chiuso

STATO DEL SINISTRO	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?	□ SI	□ NO

Indicare la **Riserva** predisposta dall'assicuratore precedente: €			
Stato dell'arte del sinistro?	□ Aperto	□ Chiuso	□ Liquidato €…
Se Chiuso indicare motivazione	□ senza seguito	□ nessuna responsabilità	□ sentenza
	□ mediazione	□ altro (specificare):	

Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?			
Sviluppo di attività di analisi, registrazione e reporting	Riesame periodico e costante dell'efficacia e dell'efficienza dei metodi di controllo applicati	Rafforzamento dei processi di pianificazione strategica	Training del personale
Sviluppo di procedure uniformi per lo svolgimento delle prestazioni professionali	Redistribuzione dei ruoli e delle responsabilità	Altro (specificare) -	Nessuna

FIRMA QUI >>_ DATA >>>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _