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 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:** **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 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	☐ **SI** ☐ **NO**
Medico / Paramedico Libero professionista e dipendente di struttura sanitaria pubblica Se SI indicare l'ente:	☐ **SI** ☐ **NO**
Medico / Paramedico Libero professionista e dipendente di struttura sanitaria 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		**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 e delle assicurazioni		**36** Massofisioterapista	
37 Medicina nucleare		**37** Massoterapista	
38 Medicina termale		**38** Medicina ayurvedica	
39 Medicina non convenzionale, osteopatica		**39** Medicina tradizionale cinese	
40 Medico senza specializzazione		**40** Musico terapista	
41 Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche		**41** Naturopata	
42 Medico codificatore storia clinica del paziente		**42** Odontotecnico	
43 Medico competente		**43** Operatore Socio Sanitario	
44 Medico generico e di base		**44** Optometrista	
45 Medico Neolaureato		**45** Ortesista	
46 Medico Specializzando		**46** Ortopedista	
47 Medico terapista della respirazione		**47** Ortottista	
48 Microbiologia e virologia		**48** Osteopata	
49 Neurofisiopatologia		**49** Ostetrica/Levatrice	
50 Neuropsichiatria (anche infantile)		**50** Ottico	
51 Neurologia		**51** Pedagogista	
52 Neuroradiologia		**52** Perfusionista	
53 Oculista e oftalmologia		**53** Podologo	
54 Omeopata (laureato medico)		**54** Pranoterapeuta	
55 Ortopedia		**55** Psicologo	
56 Otorinolaringoiatra		**56** Psicomotricista	
57 Patologia clinica		**57** Puericultrice	

58 Patologia clinica senza analisi genetiche		**58** Radioterapista	
59 Patologo della parola		**59** Riflessologo	
60 Pediatria (esclusa neonatologia)		**60** Senografista	
61 Pediatria con neonatologia		**61** Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti	
62 Perfusionista		**62** Tecnico di radiologia	
63 Psichiatria		**63** Tecnico addetto alla farmacia	
64 Psicoanalista		**64** Tecnico audiologo	
65 Psicologia clinica		**65** Tecnico audiometrista	
66 Psicoterapia		**66** Tecnico audioprotesista	
67 Radioagnostica		**67** Tecnico camera iperbarica	
68 Radiologia (esclusa mammografia)		**68** Tecnico degli ultrasuoni	
69 Radioterapia		**69** Tecnico prevenzione luoghi di lavoro	
70 Reumatologia		**70** Tecnico della riabilitazione psichiatrica	
71 Scienze dell'alimentazione /Dietologia		**71** Tecnico di anatomia e istologia patologica	
72 Senologia		**72** Tecnico di angiochirurgia perfusionista	
73 Sessuologia		**73** Tecnico apparecchi acustici	
74 Tossicologia medica		**74** Tecnico di cardiologia	
75 Traumatologia		**75** Tecnico di emodialisi	
76 Urologia		**76** Tecnico di fisiopatologia respiratoria	
77 Vaccinatore		**77** Tecnico di laboratorio	
		78 Tecnico di medicina nucleare	
		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, 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 Inizio:** **Massimale:** **Franchigia:**	**Data di Scadenza:** **Retroattività:** **N. di anni di copertura precedente continua:** **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 "CondPolRCPAreaMedicaSenza" - 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 cosi 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 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 Territoriali; 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 >>>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _