

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA/SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1) **Indicare l'Attività che il potenziale Contraente svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni e la Qualifica ricoperta (Dipendente Pubblico, Dipendente Privato, Libero Professionista). È necessario contrassegnare con una "X" le Attività svolte e le Qualifiche ricoperte.**

AVVERTENZA: è prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni.

AVVERTENZA: possono essere selezionate al massimo 3 Attività svolte e al massimo 3 Qualifiche ricoperte

Codice finale	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
	PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE			
04205527	assistente di studio odontoiatrico			
04196428	assistente sanitario			
04205529	assistente sociale		Non vendibile	Non vendibile
03073624	biologo (con fecondazione assistita)			
03103625	biologo (senza fecondazione assistita)			
03133826	chimico			
04205530	chiropratico			
04196931	dietista			
04198032	educatore professionale			
03143926	farmacista nutrizionista			
03148026	farmacista			Non vendibile
03135426	fisico			
04197333	fisioterapista			
04197234	igienista dentale			
04186235	infermiere pediatrico/vigilatrice d'infanzia			

Codice finale	Attività	Dipendente Pubblico	Dipendente Privato	Libero Professionista
	PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE			
04186136	infermiere professionale			
03165626	ingegnere biomedico			
03165726	ingegnere clinico			
04197437	logopedista			
04205538	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			
04205539	massofisioterapista			
04205540	odontotecnico			
04205544	operatore sociosanitario (oss/osa/asa/ota/oss)			
04197642	ortottista e assistente di oftalmologia			
04205546	osteopata			
04176047	ostetriche			
04205549	ottico			
04197550	podologo			
03159026	psicologo			
04205551	puericultrice			
04196652	tecnico audiometrista			
04196753	tecnico audioprotesista			
04198154	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro			
04197855	tecnico della riabilitazione psichiatrica			
04197156	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare			
04197057	tecnico di neurofisiopatologia			
04196858	tecnico ortopedico			
04196559	tecnico sanitario di laboratorio biomedico			
04196360	tecnico sanitario di radiologia medica			
04197761	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
04197962	terapista occupazionale			

- 2) **Il Proponente/Assicurato ricopre anche una delle seguenti Qualifiche Direttive? In caso affermativo contrassegnare con una X**
AVVERTENZA: l'acquisto della Qualifica Direttiva determinerà un incremento del premio.

QUALIFICHE DIRETTIVE	X
Coordinatore	
Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie	

- 3) **Il Proponente/Assicurato intende usufruire di una od entrambe le seguenti Estensioni di Garanzia? In caso affermativo contrassegnare con una X**

AVVERTENZA: l'estensione Medical Device è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).

AVVERTENZA: l'estensione Perdite Patrimoniali è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione che rivestono la qualifica di coordinatore e/o Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie.

AVVERTENZA: l'acquisto dell'estensione di garanzia determinerà un incremento del premio.

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

4) Indicare il Massimale Richiesto

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000

5) Sinistrosità

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 9) Si precisa che in presenza di Sinistri pregressi, negli ultimi 5 (cinque) anni, la Compagnia si riserva di effettuare una quotazione ad hoc prevedendo una maggiorazione del Premio.

6) Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

NO SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

8) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

9) Sinistrosità dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 5) del presente Questionario

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____
Ammontare del danno richiesto: € _____
Età del danneggiato: _____

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- l'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: _____
 Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

- lesioni; grado di invalidità: _____ %
 decesso
 danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: _____

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
 Concluso con addebito di responsabilità
 Concluso senza addebito di responsabilità
 Procedimento impugnato; Grado di giudizio: _____
 Transazione

Importo risarcito: € _____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___

Il Contraente _____

Trattamento dei dati personali

OPA Broker srl è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con OPA Broker srl, Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di OPA Broker srl, al recapito info@opabrokersrl.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/_____

Il Contraente _____