

**Modulo di Proposta**  
**Assicurazione Responsabilità Civile**  
**Strutture Sanitarie Private**

**A. Avviso importante (IMPORTANT NOTICE)**

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo (art. 1892 C.C.).  
*(THE PROPOSER/INSURED INCORRECT DECLARATION OR RETICENCE REGARDING CIRCUMSTANCES FOR WHICH THE SOCIETY WOULDN'T HAVE GIVEN ITS APPROVAL OR IT WOULD HAVE GIVEN IT TO DIFFERENT CONDITIONS IF IT HAS KNOWN THE REAL STATE OF THE AFFAIRS, CAN CAUSE THE ANNULMENT OF THE CONTRACT WHEN THE PROPOSER/INSURED ACTED MALICIOUSLY).*
- II. Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.  
*(ANY IMPORTANT FACTS RELATED TO THE PURPOSE OF THIS PROPOSAL MUST BE DECLARED AND IF NOT DECLARED THE COVERAGE CAN BE INVALIDATE OR IT CAN INVOLVE A SERIOUS PREJUDICE IN CASE OF CLAIM).*
- III. Il presente Modulo di Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.  
*(THE FOLLOWING PROPOSAL FORM MUST BE FILLED IN EVERY PART, SIGNED AND DATED BY THE PROPOSER/INSURED).*
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività ovvero del periodo temporale convenuto precedente la data di inizio del Periodo di Assicurazione.  
*(THE INSURANCE IS GIVEN IN THE "CLAIMS MADE" FORM, THAT IS TO INDEMNIFY THE INSURED FROM A CLAIM COMPENSATION RECEIVED FOR THE FIRST TIME DURING THE ONGOING INSURANCE PERIOD AND REPORTED TO THE SOCIETY IN THE SAME PERIOD, AS LONG AS IT IS A CONSEQUENCE OF MALICIOUS ACTS, ERRORS AND OMISSIONS OCCURRED OR COMMITTED NOT BEFORE THE RETROACTIVITY DATE THAT IS THE TEMPORAL VALIDITY PERIOD AGREED WHICH IS EARLIER THE STARTING DATE OF THE INSURANCE PERIOD).*
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato.  
*(AT THE END OF THE INSURANCE PERIOD ANY DUTY OF THE INSURER WILL CEASE AND NO CLAIM COULD BE REPORTED TO THEM ANY MORE).*

**B. Dati del Proponente/Assicurato (INFORMATION OF THE PROPOSER/INSURED)**

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato *(PLEASE INDICATE INFORMATION OF THE PROPOSER/INSURED)*

DENOMINAZIONE <i>(COMPANY NAME)</i>	DATA DI COSTITUZIONE <i>(ESTABLISHED IN)</i>	PARTITA I.V.A. <i>(VAT NO.)</i>	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° <i>(HEAD OFFICE ADDRESS)</i>	LOCALITÀ/COMUNE <i>(PLACE/CITY)</i>	PROVINCIA <i>(MUNICIPALITY)</i>	C.A.P. <i>(POSTCODE)</i>
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI <i>(ACTIVITIES AND / OR INSTITUTIONAL POWERS OF THE COMPANY)</i>			

### C. Notizie di carattere generale (GENERAL INFORMATION)

Indicare se esistono sedi o distaccamenti separati (PLEASE INDICATE IF THERE ARE MORE LOCATIONS OR DIVISIONS)

NO  SI (YES)

In caso affermativo indicare l'eventuale denominazione e indirizzo (IF "YES" PLEASE SPECIFY BELOW)

N°	DENOMINAZIONE (COMPANY NAME)	LOCALITÀ/COMUNE (PLACE/CITY)	PROV. (MUNICIPALITY)	C.A.P.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Indicare la suddivisione percentuale dei Ricavi derivanti dall'attività caratteristica del Proponente/Assicurato (PLEASE INDICATE THE PERCENTAGE OF REVENUES COMING FROM THE PROPOSER/INSURED ORDINARY ACTIVITIES)

% PAZIENTI PAGANTI (PAYING PATIENTS)  % S.S.N./PUBBLICO (NHS/PUBLIC)  % LIBERA PROFESSIONE (SELF-EMPLOYMENT)

Indicare il (\*) Fatturato conseguito o preventivato nei vari anni (PLEASE INDICATE THE TURNOVER OR THE ESTIMATED ONE DURING THE YEARS).

ANNO (YEAR)	FATTURATO CONSEGUITO (TURNOVER)	FATTURATO PREVENTIVATO (ESTIMATED TURNOVER)
PROSSIMO ANNO (THE COMING YEAR)		
ANNO IN CORSO (CURRENT YEAR)		
I° ANNO PRECEDENTE (I° PREVIOUS YEAR)		
II° ANNO PRECEDENTE (II° PREVIOUS YEAR)		
III° ANNO PRECEDENTE (III° PREVIOUS YEAR)		

(\*) Fatturato: l'importo fatturato dal Proponente/Assicurato per tutte le prestazioni inerenti l'attività caratteristica svolta e per le quali è prestata l'assicurazione, così come risultante dal bilancio approvato.

(THE NET AMOUNT INVOICED BY THE PROPOSER/INSURED FOR ALL ACTIVITIES PERFORMED, FOR WHICH THE INSURANCE IS GIVEN, RESULTING FROM THE SUBSCRIBED BUDGET).

Indicare il numero di pazienti che in media usufruiscono giornalmente della specifica assistenza (PLEASE INDICATE THE AVERAGE NUMBER OF PATIENTS WHO DAILY BENEFIT SPECIFIC ASSISTANCE).

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA (TYPE OF ASSISTANCE)	N°	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA (TYPE OF ASSISTANCE)	N°
DAY HOSPITAL		RIABILITAZIONE (REHABILITATION)	
MATERNITÀ (MATERNITY)		RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (NURSING HOME)	
LUNGHE DEGENZE (LONG-TERM CARE)		PRONTO SOCCORSO (EMERGENCY)	

Indicare la media giornaliera di tutti i pazienti assistiti N°:

(PLEASE INDICATE THE DAILY AVERAGE NUMBER OF PATIENTS ASSISTED)

Indicare, per ciascuna area medica, il numero di posti letto e del Personale Dipendente (\*), del Personale Convenzionato (\*\*) e del Personale in Libera Professione (\*\*\*) che in essa svolge l'attività

(PLEASE INDICATE FOR EACH MEDICAL AREA THE NUMBER OF BEDS AND THE NUMBER OF EMPLOYEES, UNDER AGREEMENT AND FREELANCER PERSONNEL THAT WORK IN)

(\*) **Personale Dipendente (Prestatore di lavoro):**  
(EMPLOYEES) *il soggetto che agisce alle dirette dipendenze del Proponente/Assicurato con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato o con rapporto di lavoro regolare disciplinato da tutte le forme previste dal D. Lgs. 10 settembre 2003, n. 276, con esclusione del Personale Convenzionato e del Personale in Libera Prestazione.*

(THE INDIVIDUAL WHO WORKS REPORTING DIRECTLY TO THE PROPOSER/INSURED WITH A SUBORDINATED OR PARASUBORDINATED EMPLOYMENT WHICH OBEYS ALL THE RULES PROVIDED FOR THE LEG. DEC OF 10<sup>TH</sup> SEPTEMBER 2003 N. 276. UNDER AGREEMENT AND FREELANCER PERSONNEL EXCLUDED).

(\*\*) **Personale Convenzionato:**  
(PERSONNEL UNDER AGREEMENT) *il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo con il Proponente/Assicurato presta la sua attività presso e per conto del Proponente/Assicurato stesso.*

(THE INDIVIDUAL WITH A HEALTH OR PROFESSIONAL OR TECHNICAL ROLE WHICH HAVING A SPECIFIC AGREEMENT WITH THE PROPOSER/INSURED WORKS BY AND FOR THE PROPOSER/INSURED).

(\*\*\*) **Personale in Libera Professione:**  
(FREELANCER PERSONNEL) *il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo ma in modo indipendente dal Proponente/Assicurato ha in uso locali ed attrezzature del Proponente/Assicurato stesso per offrire le proprie prestazioni professionali.*

(THE INDIVIDUAL WITH A HEALTH OR PROFESSIONAL OR TECHNICAL ROLE WHICH, HAVING A SPECIFIC AGREEMENT WITH THE PROPOSER/INSURED BUT WORKING AUTONOMOUSLY, USES THE PROPOSER/INSURED PREMISES AND EQUIPMENTS TO PERFORM HIS PROFESSIONAL SERVICES).

a) Dipendenti (Prestatore di lavoro) (EMPLOYEES)

AREA MEDICA (MEDICAL AREA)	POSTI LETTO (BEDS)	MEDICI CHIRURGHI DIPENDENTI (EMPLOYEE DOCTORS)	ALTRO PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE (PARAMEDICS)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)
GINECOLOGIA (GYNECOLOGY)				
OSTETRICIA (OBSTETRICS)				
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY)				
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE (MAXILLO-FACIAL SURGERY)				
CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA (PLASTIC COSMETIC SURGERY)				
MEDICINA ESTETICA (COSMETIC MEDICINE)				
ANESTESIA RIANIMAZIONE (ANAESTHETICS INTENSIVE CARE)				
CARDIOCHIRURGIA (HEART SURGERY)				
NEUROCHIRURGIA (NEUROLOGICAL SURGERY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CHIRURGICA (ORTHOAEDIC SURGERY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI CHIRURGICHE (OTHER SURGICAL SPECIALTIES)				
NEUROLOGIA (NEUROLOGY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA NON CHIRURGICA (ORTHOPEDIC NO SURGERY)				
ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITH IMPLANTOLOGY)				
ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITHOUT IMPLANTOLOGY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI NON CHIRURGICHE (OTHER NO SURGICAL SPECIALTIES)				
PRONTO SOCCORSO (EMERGENCY)				
ALTRO (MORE):				
TOTALE				

Indicare il numero totale dei dipendenti (Prestatore di Lavoro) N°:

(PLEASE INDICATE THE TOTAL NUMBER OF EMPLOYEES)



b) Personale Convenzionato (PERSONNEL UNDER AGREEMENT)

AREA MEDICA (MEDICAL AREA)	POSTI LETTA (BEDS)	MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI (DOCTORS UNDER AGREEMENT)	ALTRO PERSONALE SANITARIO CONVENZIONATO (PARAMEDICS UNDER AGREEMENT)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)
GINECOLOGIA (GYNECOLOGY)				
OSTETRICA (OBSTETRICS)				
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY)				
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE (MAXILLO-FACIAL SURGERY)				
CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA (PLASTIC COSMETIC SURGERY)				
MEDICINA ESTETICA (COSMETIC MEDICINE)				
ANESTESIA RIANIMAZIONE (ANAESTHETICS INTENSIVE CARE)				
CARDIOCHIRURGIA (HEART SURGERY)				
NEUROCHIRURGIA (NEUROLOGICAL SURGERY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CHIRURGICA (ORTHOAEDIC SURGERY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI CHIRURGICHE (OTHER SURGICAL SPECIALTIES)				
NEUROLOGIA (NEUROLOGY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA NON CHIRURGICA (ORTHOPEDIC NO SURGERY)				
ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITH IMPLANTOLOGY)				
ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITHOUT IMPLANTOLOGY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI NON CHIRURGICHE (OTHER NO SURGICAL SPECIALTIES)				
PRONTO SOCCORSO (EMERGENCY)				
ALTRO (MORE) :				
TOTALE				

c) Personale in Libera Professione (FREELANCER PERSONNEL)

AREA MEDICA (MEDICAL AREA)	POSTI LETTA (BEDS)	MEDICI CHIRURGHI IN LIBERA PROFESSIONE (FREELANCER DOCTORS)	ALTRO PERSONALE SANITARIO IN LIBERA PROFESSIONE (FREELANCER PARAMEDICS)	OPERAZIONI CHIRURGICHE (SURGERY)
GINECOLOGIA (GYNECOLOGY)				
OSTETRICA (OBSTETRICS)				
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA (PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY)				
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE (MAXILLO-FACIAL SURGERY)				
CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA (PLASTIC COSMETIC SURGERY)				
MEDICINA ESTETICA (COSMETIC MEDICINE)				
ANESTESIA RIANIMAZIONE (ANAESTHETICS INTENSIVE CARE)				
CARDIOCHIRURGIA (HEART SURGERY)				
NEUROCHIRURGIA (NEUROLOGICAL SURGERY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CHIRURGICA (ORTHOAEDIC SURGERY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI CHIRURGICHE (OTHER SURGICAL SPECIALTIES)				
NEUROLOGIA (NEUROLOGY)				
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA NON CHIRURGICA (ORTHOPEDIC NO SURGERY)				
ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITH IMPLANTOLOGY)				
ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA (ORAL SURGERY WITHOUT IMPLANTOLOGY)				
ALTRE SPECIALIZZAZIONI NON CHIRURGICHE (OTHER NO SURGICAL SPECIALTIES)				
PRONTO SOCCORSO (EMERGENCY)				
ALTRO (MORE) :				
TOTALE				

In presenza di un reparto di ostetricia/maternità (IN CASE OF A MATERNITY OR OBSTETRICIAN WARD)

indicare il numero medio annuo di (PLEASE INDICATE THE ANNUAL AVERAGE NUMBER OF)

nascite  di cui: **tramite parto cesareo**  **nati con handicap**   
 (BIRTHS) (CAESAREAN SECTION) (BORN WITH DISABILITIES)

**con tasso "Apgar" minore di 6**  **nati morti**   
 (WITH AN "APGAR" CODE LESS THAN 6) (STILLBORN)

**indirizzati a unità di terapia infantile o terapia intensiva neonatale (SCBU-NNICU)**   
 (SEND TO INFANTILE UNITS OR NEONATAL CRITICAL CARE)

Indicare se al Personale Convenzionato e al Personale in Libera Professione è chiesta la sottoscrizione e il mantenimento della polizza per la Responsabilità Civile Professionale (PLEASE INDICATE IF THE PERSONNEL UNDER AGREEMENT AND FREELANCES PERSONNEL HAVE TO SIGN A PROFESSIONAL LIABILITY INSURANCE)

NO  SI (YES)

In caso affermativo indicare se è chiesto un massimale minimo di garanzia e per quale importo (IF "YES" PLEASE INDICATE IF THERE IS AN ATTACHMENT POINT FOR THE COVERAGE AND WHICH IS THE AMOUNT)

NO  SI (YES) **IMPORTO (THE LIMIT)**

e in caso affermativo indicare se viene effettuato un controllo in merito e con quale la frequenza (IF "YES" PLEASE INDICATE IF IT IS SUBJECT TO ANY VERIFICATION AND HOW OFTEN IT IS DONE)

NO  SI (YES) **FREQUENZA (FREQUENCY)**

## D. Notizie assicurative (INSURANCE INFORMATION)

Indicare, per ciascun anno, le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte per il rischio della Responsabilità Civile (PLEASE INDICATE FOR EACH YEAR, ANY POSSIBLE POLICY UNDERWRITTEN REGARDING A CIVIL LIABILITY)

	ANNO (YEAR)					
	IN CORSO (CURRENT)	I° PRECEDENTE (1° PREVIOUS)	II° PRECEDENTE (II° PREVIOUS)	III° PRECEDENTE (III° PREVIOUS)	IV° PRECEDENTE (IV° PREVIOUS)	V° PRECEDENTE (V° PREVIOUS)
COMPAGNIA (INSURER)						
MASSIMALE PER SINISTRO (RCT) (LIMIT PER LOSS – TPL)						
MASSIMALE AGGREGATO ANNUO (RCT) (AGGREGATE LIMIT PER YEAR – TPL)						
FRANCHIGIA PER SINISTRO (EACH AND EVERY LOSS)						
FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA (AGGREGATE ANNUAL EXCESS)						
FORMA DELL'ASSICURAZIONE (*) (BASIS OF VALUATION)						
GARANZIA POSTUMA (DISCOVERY PERIOD)						
RETROATTIVITÀ (RETROACTIVE DATE)						
PREMIO ANNUO LORDO (TOTAL PREMIUM)						
ESTENSIONE RCT DEI MEDICI DIPENDENTI (TPL FOR EMPLOYEE DOCTORS) SI (YES) /NO						

(\*) "CLAIMS MADE" o "LOSSES OCCURRING"

Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare *(IN CASE OF AN ONGOING POLICY PLEASE INDICATE)*

la data di scadenza  
*(EXPIRY DATE)*

la data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta  
*(DATE OF ANY CANCELLATION RECEIVED)*

Indicare se sono stati presentati Questionari e/o Moduli di Proposta ad altre compagnie *(PLEASE INDICATE IF ANY KIND OF PROPOSAL FORM HAS BEEN SUBMITTED TO OTHER COMPANIES ATTENTION)*

NO  SI *(YES)*

Indicare se si sono verificate disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro *(PLEASE INDICATE IF THERE HAVE BEEN TPL OR THIRD PARTY LIABILITY POLICIES CANCELLATION FOR CLAIMS)*

NO  SI *(YES)*

In caso affermativo indicare *(IF "YES" PLEASE INDICATE)*

l'anno  
*(YEAR)*

e la compagnia  
*(INSURANCE COMPANY)*

l'anno  
*(YEAR)*

e la compagnia  
*(INSURANCE COMPANY)*

Indicare se sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti di Personale Dipendente per morte o lesioni subite da pazienti *(PLEASE INDICATE IF ANYONE OF THE EMPLOYEES PERSONNEL HAD A CRIMINAL PROCEDURE FOR PATIENTS INJURY OR DEATH)*

NO  SI *(YES)*

In caso affermativo indicare dettagli in merito a tali eventi *(IF "YES" PLEASE INDICATE DETAILS OF SUCH EVENTS)*

DETTAGLI *(DETAILS)*

## E. Governo dei rischi *(RISK MANAGEMENT)*

Indicare se *(PLEASE INDICATE IF)*

esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Hospital Risk Manager) *(THERE IS A CORPORATE FUNCTION WHICH IS DEDICATED ONLY TO THE MANAGEMENT OF THE CLINICAL RISK)*

SI *(YES)*  NO

esiste un protocollo specifico per l'ottenimento del consenso informato *(THERE IS A SPECIFIC PROTOCOL TO OBTAIN AN INFORMED CONSENT)*

SI *(YES)*  NO

esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche *(THERE IS A STRUCTURED PROGRAM FOR THE MEDICAL EQUIPMENT MAINTENANCE)*

SI *(YES)*  NO

esiste un protocollo specifico per la raccolta, distribuzione e/o utilizzazione del sangue, di emocomponenti e di emoderivati *(THERE IS A PROTOCOL FOR THE COLLECTION, DISTRIBUTION AND/OR UTILIZATION OF BLOOD, BLOOD COMPONENTS AND BLOOD PRODUCTS)*

SI *(YES)*  NO



## F. Allegati (ATTACHMENTS)

Nel caso fossero state indicate le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte nel passato per il rischio della Responsabilità Civile, di cui al precedente paragrafo **D. Notizie assicurative**, allegare al presente Modulo di Proposta  
(IF OTHER CIVIL LIABILITY INSURANCE HAD BEEN INDICATED, SEE SECTION D. INSURANCE INFORMATION, PLEASE ATTACH THE DOCUMENTATION LISTED BELOW)

- la statistica sinistri degli ultimi 5 anni rilasciata dalla/e compagnia/e, con i dettagli degli importi pagati e/o riservati (THE LOSS RECORD OF THE LAST 5 YEARS RELEASED BY THE INSURER, WITH DETAILS OF THE CLAIMS PAID AND/OR RESERVED)
- la statistica sinistri rilasciata dalla/e compagnia/e, dei primi mesi dell'anno in corso (THE LOSS RECORD RELEASED BY THE INSURER, FOR THE FIRST MONTHS OF CURRENT YEAR)
- per gli importi pari o superiori ad € 50.000,00 (cinquantamila) fornire la descrizione dettagliata dell'evento (FOR AMOUNTS OF € 50,000.00 AND MORE PLEASE PROVIDE DETAILS OF THE LOSS).

**N.B.:** In mancanza di queste informazioni la Società non rilascerà alcuna quotazione (THE INSURER WILL NOT RELEASE A QUOTATION IF THIS INFORMATION IS PROVIDED).

## Dichiarazioni del Proponente/Assicurato (Proposer/Insured Declarations)

1. Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.  
(THE PROPOSER/INSURED ACKNOWLEDGES THAT THE STATEMENTS ISSUED ARE TRUE AND NO IMPORTANT ELEMENTS HAVE BEEN OMITTED FOR THE RISK EVALUATION)
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.  
(THE PROPOSER/INSURED ACKNOWLEDGES THAT FILLING OF THIS PROPOSAL DOESN'T MEAN THE STIPULATION OF THE INSURANCE CONTRACT, MOREOVER IF IT IS SETTLED THE DECLARATION MADE WOULD BE INTEGRAL PART OF THE CONTRACT ITSELF)
3. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa al Cliente per il Trattamento dei Dati Personali.  
(THE PROPOSER/INSURED DECLARE TO RECEIVE AND READ THE INFORMATION NOTE TOGETHER WITH THE GLOSSARY, INSURANCE TERMS AND THE PRIVACY POLICY)

Luogo:

data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_