



Spettabile

---

---

---

---

Spettabile

**UA Underwriting Agency S.r.l.**  
**Agenzia Generale AmTrust Europe**

Viale San Michele del Carso 11  
20144 Milano MI

## Lettera incarico per quotazione rischio

---

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità professionale della nostra struttura presso la compagnia **AmTrust Europe**.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Il presente incarico sarà da Voi svolto a titolo gratuito.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di tre mesi dalla data odierna.

Eventuali polizze sottoscritte con la medesima compagnia inerenti il medesimo rischio saranno da Voi intermediate.

Con i migliori saluti.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

### 1. Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.  
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia 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-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'proponente/assicurato.
- III. 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 stabilita nella Scheda di Polizza.
- IV. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato.

### 2. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato

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

### 3. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

3.1 Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Terzi e Prestatori di Lavoro (RCT/RCO)

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato e (Indicare con una X):

Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro

È stata disdetta la polizza per sinistro

Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

### 3.2 Se già assicurato fornire i dettagli della polizza

COMPAGNIA ASSICURATRICE: \_\_\_\_\_

SCADENZA: \_\_\_\_\_

MASSIMALE PER SINISTRO: \_\_\_\_\_

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: \_\_\_\_\_

FRANCHIGIA: \_\_\_\_\_

PREMIO LORDO ANNUO: \_\_\_\_\_

### 4. Dichiarazione del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni:

#### 4.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

#### 4.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.**

### 5. Notizie di carattere generale

5.1 Indicare la sede principale e gli eventuali distaccamenti separati alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta.

**Sede Operativa/Principale**      INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**Distaccamenti**      INDIRIZZO \_\_\_\_\_

5.2 Indicare il fatturato (\*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		

(\*) L'IMPORTO FATTURATO DAL PROPONENTE/ASSICURATO PER TUTTE LE PRESTAZIONI INERENTI L'ATTIVITÀ CARATTERISTICA SVOLTA E PER LE QUALI È PRESTATO L'ASSICURAZIONE, COSÌ COME RISULTANTE DAL BILANCIO O ALTRE SCRITTURE CONTABILI / AMMINISTRATIVE.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

5.3 Indicare le specialità/aree sanitarie che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato (\*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni così come sopra quantificati

ANNO	SPECIALITÀ/AREE SANITARIE	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%
1° ANNO PRECEDENTE	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%

### 6. Dettaglio delle attività svolte

6.1 Indicare, relativamente alle attività sotto indicate, se le stesse vengono svolte. In caso affermativo indicare il numero degli **ambienti** ed, in presenza di più sedi, indicare il numero complessivo di ambienti disponibili per singola tipologia.

- |  |                             |                             |              |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| a) LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE-MICROBIOLOGICHE                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| b) DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIODIAGNOSTICA                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| • MAMMOGRAFIA  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| c) RIABILITAZIONE  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| d) AMBULATORI MEDICI PER VISITE  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| e) AMBULATORI MEDICI PER ATTIVITA' INVASIVE (CHIRURGIA MINORE)         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| f) SALE OPERATORIE PER DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |

INDICARE, DI SEGUITO, IL NUMERO DI AMBIENTI –  
COSI' COME DI SEGUITO DEFINITI – NON CONTEGGIATI NELLE LETTERE DA A AD F

Numero \_\_\_\_\_

**NB :** PER **AMBIENTE** SI INTENDE: CIASCUN VANO DISPONIBILE/ACCESSIBILE AI PAZIENTI QUALI, A TITOLO DI ESEMPIO, SALE DI ATTESA, SALE PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CHE GARANTISCA IL RISPETTO DELLA PRIVACY DELL'UTENTE, SALE PER VISITE MEDICHE, SALE DOVE SI EFFETTUANO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (COMPRESO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODIAGNOSTICA), SALE DOVE SI EFFETTUANO ATTIVITA' DI DAY SURGERY, SALE DOVE SI EFFETTUANO ESAMI DI LABORATORIO, SALE DOVE SI EFFETTUANO TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ETC.

6.2 Indicare Specialità e Numero dei Prestatori di Lavoro (Medici ed altro Personale) e di Personale Convenzionato e/o Personale in Libera Prestazione (Medici ed altro Personale) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nelle tabelle seguenti:

- **ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE**
- **ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE**

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
1	Andrologia con attività chirurgica			
2	Angiologia			
3	Cardiochirurgia			
4	Cardiologia interventistica			
5	Chirurgia addominale			
6	Chirurgia d'urgenza e 118			
7	Chirurgia della mano			
8	Chirurgia Estetica Plastica			
9	Chirurgia Generale			
10	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)			
11	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)			
12	Chirurgia pediatrica			
13	Chirurgia toracica			
14	Chirurgia vascolare			
15	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*			
16	Ematologia con attività invasiva			
17	Endocrinochirurgia			
18	Gastroenterologia			
19	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva			
20	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)			
21	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)			
22	Malattie infettive con attività invasiva			
23	Medicina d'Urgenza e 118			
24	Medicina di base (Chirurgia Minore)*			
25	Medicina estetica con attività invasiva			
26	Medicina Generale con attività invasiva			
27	Medicina interna con attività invasiva			
28	Nefrologia			
29	Neurochirurgia			
30	Neurologia con atti invasivi			
31	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)			
32	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica			
33	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia			
34	Oncologia e Senologia			
35	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi			
36	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)			
37	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)			
38	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)			
39	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)			
40	Pediatria con neonatologia e TIN			
41	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*			
42	Pneumologia con attività invasiva			
43	Radiologia Interventista e neuroradiologia			
44	Terapia del dolore con atti invasivi			
45	Urologia			

**NOTA: \*Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.**

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

	<b>ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE</b>	<b>NUMERO PRESTATORI DI LAVORO</b>	<b>NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE</b>	<b>NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO</b>
46	Allergologia e Immunologia clinica			
47	Anatomia patologica			
48	Andrologia			
49	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva			
50	Angiologia			
51	Audiologia			
52	Biochimica Clinica			
53	Cardiologia			
54	Dermatologia- Venereologia			
55	Diabetologia e malattie del metabolismo			
56	Ematologia e Medicina Trasfusionale			
57	Endocrinologia e malattia del ricambio			
58	Epatologia			
59	Farmacia Ospedaliera			
60	Farmacologia			
61	Fisica Medica			
62	Gastroenterologia			
63	Genetica Medica			
64	Geriatrics			
65	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita			
66	Igiene degli alimenti			
67	Igiene e medicina preventiva			
68	Malattie infettive			
69	Malattie Tropicali			
70	Medicina Aeronautica e spaziale			
71	Medicina del lavoro			
72	Medicina dello sport			
73	Medicina di Base			
74	Medicina di comunità			
75	Medicina d'urgenza			
76	Medicina estetica			
77	Medicina fisica riabilitativa			
78	Medicina generale			
79	Medicina interna			
80	Medicina legale			
81	Medicina Nucleare			
82	Medicina Termale			
83	Medicine non convenzionali e osteopatiche			
84	Microbiologia/Virologia			
85	Nefrologia			
86	Neurofisiopatologia			
87	Neurologia			
88	Neuropsichiatria			
89	Neuropsichiatria infantile			
90	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici			
91	Odontoiatria senza implantologia			

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

92	Oncologia			
93	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni			
94	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici e senza assistenza al parto			
95	Otorinolaringoiatria			
96	Patologia Clinica			
97	Pediatria senza neonatologia			
98	Pneumologia			
99	Psichiatria			
100	Psicologia Clinica			
101	Radiodiagnostica (no mammografia)			
102	Radiodiagnostica con mammografia			
103	Radioterapia			
104	Reumatologia			
105	Scienze dell'alimentazione			
106	Stomatologia senza implantologia			
107	Terapia del dolore e cure palliative			
108	Tossicologia medica			
109	Urologia			

**NB** : PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

- **ATTIVITÀ DIAGNOSTICA/CHIRURGICA INVASIVA** QUELL' ATTIVITÀ CHE COMPORTA IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI E/O UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO SIA AI FINI DIAGNOSTICI SIA TERAPEUTICI.

- **ATTIVITÀ CHIRURGICA MINORE** QUELL'ATTIVITÀ CHE COMPORTA INTERVENTI CHE COINVOLGONO IL TAGLIO E CUCITURA DEL TESSUTO IN ANESTESIA LOCALE.

: PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

A) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE

B) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE NON PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (ES. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E/O DI REFERTAZIONE): IL NUMERO DI DIAGNOSI FORMULATE E/O ESAMI SVOLTI

C) PER LE SPECIALITÀ CHIRURGICHE E/O INVASIVE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE ED IL NUMERO DI INTERVENTI EFFETTUATI (INDICARE LA SOMMA DELLE DUE VOCI)

### 7. Garanzia Assicurativa richiesta

Indicare, relativamente alla retroattività richiesta di cui al comma IV della Sezione 1 del presente Modulo di Proposta, il numero di anni d'interesse: \_\_\_\_\_

### 8. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

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.
2. Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo 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.
3. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
  - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
  - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
  - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
    - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere AmTrust International Underwriters Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano;
    - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust International Underwriters Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia.

Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

4. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_



## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

### **SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

#### C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato  si  no
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

#### D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI

NO

Se si:  
Imputazione: \_\_\_\_\_

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi 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 proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....  
Data e Luogo

### Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

**Cognome e Nome**  
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale  
o Partita IVA:

Indirizzo residenza  
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. 7B**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....  
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMSMADE.**

.....  
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:

acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- **\_\_\_\_\_ acconsento\*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\*Il Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
Il contraente

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde  
**800-MEDICI**  
**800-633424**

**STEFFANO**  
GROUP

## DA FIRMARE FRONTE E RETRO

### Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

- Dichiarazione di adeguatezza
- Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste
- Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

.....  
Data e Luogo

### QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

**Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale/Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Indirizzo/Sede Legale** \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>RC Professionale;</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Infortuni</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutela Giudiziaria;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **NO**

### DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....  
L'intermediario

.....  
Il contraente

### DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....  
L'intermediario

.....  
Il contraente

### DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza \_\_\_\_\_

.....  
L'intermediario

.....  
Il contraente