

Polizza di Assicurazione RC Professionale per

BIOLOGO

Per informazioni tel. 328.0048699

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Attività		
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
☐ Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus		Massimale: €100.000,00 Premio: € 25,00
☐ Aggiungo alla proposta la polizza di 3Virus		Massimale: €200.000,00 Premio: € 50,00
☐ Rinuncio alla polizza 3Virus		
Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione		
☐ senza fecondazione assistita € 30,00		
☐ con fecondazione assistita € 60,00		
☐ Rinuncio alla polizza di Tutela Legale		
☐ MASSIMALE € 1.000.000,00		IMPORTO €
☐ MASSIMALE € 2.000.000,00		IMPORTO €
Effetto	Scadenza	Prima rata
Retroattività Richiesta:		
☐ ANNI 5 (RINUNCIANDO ALLA RETROATTIVITÀ ILLIMITATA)		
☐ ILLIMITATA		
FRANCHIGIA €		IMPORTO TOTALE €

Luogo e data _____ | ____ | ____ | ____ | _____
(Firma del Contraente)

Modulo di Adesione Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Biologo non medico Liberi Professionisti e/o Dipendenti di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private

Avviso importante

- I. L'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 dall'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'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 Adesione per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Biologi non medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'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. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato

A. Dati dell'Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi all'Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	
VIA N°	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° ISCRIZIONE	INDIRIZZO EMAIL	

NEI PARAGRAFI CHE SEGUONO BARRARE CON X LA CASELLA INTERESSATA

B. Precedenti assicurativi

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 Professionale.

☐

Non è mai stato assicurato

☐

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

☐

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 Adesione
Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale
del Biologo non medico
Liberi Professionisti e/o Dipendenti di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private

C. Decorrenza/Retroattività richiesta

Indicare a) l'eventuale decorrenza di polizza
b) il periodo di retroattività richiesto tra: ☐ 5 anni ☐ illimitata *

* Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata.

D. Sinistrosità pregressa

1 Sinistrosità pregressa dell'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 dell'Assicurato negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

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

Indicare se all'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 D.1 e D.2 del presente modulo si rammenta all'Assicurato quanto disposto al punto II. Della sezione "Avviso Importante".

E. Attività svolta e Massimale Richiesto

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione) e il premio scelto in base alla retroattività ed al massimale desiderati.

Categoria	Opzione con retroattività pari a 5 anni		Opzione con retroattività illimitata	
	Massimale 1.000.000,00	Massimale 2.000.000,00	Massimale 1.000.000,00	Massimale 2.000.000,00
☐ 01 Biologo (senza fecondazione assistita)	☐ € 162,00	☐ € 208,00	☐ € 196,00	☐ € 251,68
☐ 02 Biologo con fecondazione assistita di I livello	☐ € 406,00	☐ € 524,00	☐ € 491,26	☐ € 634,04
☐ 03 Biologo con fecondazione assistita di II livello	☐ € 505,00	☐ € 652,00	☐ € 611,05	☐ € 788,92
☐ 04 Biologo con fecondazione assistita di III livello	☐ € 594,00	☐ € 766,00	☐ € 718,74	☐ € 926,86

F. Dichiarazioni dell'Assicurato

- L'Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività.

Modulo di Adesione
Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale
del Biologo non medico
Liberi Professionisti e/o Dipendenti di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private

4. L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
- Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - Condizioni di Assicurazione;
 - Modulo di Adesione.

L'Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

- la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
- al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

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

L'Assicurato _____

Modulo di Adesione Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Biologo non medico Liberi Professionisti e/o Dipendenti di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private

SCHEDA SINISTROSITÀ PREGRESSA¹

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

A) Dati Identificativi dell'Assicurato:

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

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti D.1 e D.2 del Modulo di Adesione

1) Indichi l'Assicurato la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto D.1. e D.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 della prestazione: _____
- Tipologia di danno cagionato: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda/Datore di Lavoro insieme all'Assicurato ☐ SI ☐ NO
- Indichi, altresì, l'Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:

D) Stato del sinistro

1) Precisi l'Assicurato 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 sì:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti D.1. e D.2 del Modulo di Adesione, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Adesione Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale del Biologo non medico

Liberi Professionisti e/o Dipendenti di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private

SCHEDA SINISTROSITÀ PREGRESSA

2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indicare l'esito dello stesso:

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

3) Precisi l'Assicurato 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, precisi l'Assicurato esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che l'Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, 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 AmTrust International Underwriters Limited.

Infine, l'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: _____

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55**. Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Modulo di Proposta per Polizza 3 Virus

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo Per informazioni tel. 328.0048699

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		Libero Professionista
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Ordine / Collegio di	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

MASSIMALE**IMPORTO TOTALE****Effetto*****Scadenza**

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Luogo e data _____ | ____ | ____ | ____ | _____
(Firma)



Modulo di Proposta per Legal Protection Professionals
MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo Per informazioni tel. 328.0048699

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		Libero Professionista
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Collegio/Ordine	Iscrizione Nr.	Associazione
Attività		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

MASSIMALE**IMPORTO TOTALE****Effetto*****Scadenza**

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Luogo e data _____ | ____ | ____ | ____ | _____
(Firma)



Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Professionisti

Avviso importante

- I. L'Aderente/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 dall'Aderente/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'Aderente/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 Adesione per l'Assicurazione della Tutela Legale dei Professionisti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'assicurazione è finalizzata a rendere indenne l'Assicurato dalle spese legali connesse alle imputazioni penali e/o sanzioni amministrative 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 e riportata alla lettera C del presente modulo.

Dati dell'Aderente/Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

A. Precedenti assicurativi

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Tutela Legale.

Tutela Legale: ☐ Non è mai stato assicurato ☐ È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- ☐ 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

B. Sinistrosità pregressa

1 Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato: precedenti azioni legali

Indicare se sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

- ☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

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

Indicare se 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

Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Professionisti

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti B.1 e B.2 del presente modulo si rammenta all'Aderente/Assicurato quanto disposto al punto II. Della sezione "Avviso Importante"

C. Attività svolta dall'Aderente/Assicurato

Indicare l'area in cui è svolta la propria attività:

		PREMIO LORDO ANNUO
☐ A	BIOLOGO SENZA FECONDAZIONE ASSISTITA	€ 30,00
☐ B	BIOLOGO CON FECONDAZIONE ASSISTITA	€ 60,00
☐ C	PSICOLOGO	€ 30,00

Indicare a) l'eventuale decorrenza di polizza b) il massimale per sinistro ed anno da assicurare **€ 30.000,00**

Retroattività per sinistri in ambito penale **2 anni** retroattività per sinistri in ambito amministrativo **5 anni**

D. Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero Periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

E. Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

1. L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che è un contratto di assicurazione finalizzato alla copertura delle spese legali connesse ad imputazioni penali o sanzioni amministrative avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività.
4. L'Aderente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Adesione.

L'Aderente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D. Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

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

L'Aderente / Assicurato _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'ADERENTE/ASSICURATO¹

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

A) Dati Identificativi:

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

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti B.1 e B.2 della adesione

1) Indichi il professionista la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto B.1. e B.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:

- _____
- _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

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

- Luogo dell'evento: _____
- Luogo presso il quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del danneggiato: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia _____ di _____ danno
riportato/lamentato: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda/Ente Pubblico insieme all'Aderente/Assicurato ☐ sì ☐ no
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____%
- Indichi, altresì, 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) Precisi il professionista se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

☐ SÌ

☐ NO

Se sì:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti B.1. e B.2 della allegata adesione, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Adesione per la Tutela Legale dei Professionisti

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

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

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

3) Precisi il professionista 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 adesione.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il professionista esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che l'Aderente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla adesione 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 AmTrust Europe Limited.

Infine, l'Aderente/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: _____

- 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 CLAIMS MADE.**

.....
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;

* (ove l'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**UA Underwriting Agency S.r.l.**

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016

- **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?

- | | |
|---|---|
| ☐ RC Professionale; | ☐ Infortunì; |
| ☐ Tutela Giudiziaria; | ☐ Altro |

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**

MOD. ST001

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016

