

QUESTIONARIO – PROPOSTA

Proposta di assicurazione R.C. Professionale del Personale Sanitario Non Medico
Proposal Form – Professional Indemnity Insurance of Non-Medical Healthcare Practitioners

AVVERTENZE UTILI

USEFUL INFORMATION

A - Gli Assicuratori **non possono esaminare** costruttivamente le **proposte che presentino risposte mancanti o insufficienti**; si prega quindi di rispondere in modo completo ed esaustivo ad ogni domanda.

A - Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.

B - Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare (“assicurandi”) e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.

B - Some questions entail that all Professional to be insured (“listed Professionals”) be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.

C - Le risposte e le informazioni fornite costituiscono dichiarazioni sulle quali si baserà il contratto, nel caso in cui questo venga stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

C - Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. You are recommended to bear in mind the provisions of Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code.

D - La sottoscrizione di questo Questionario-Proposta non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a stipulare il Contratto di Assicurazione.

D - Signing this form shall not bind either the Proposer or Underwriters to make the insurance contract.

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI <i>Proposer - General Information</i>			
Cognome e Nome <i>Name of Proposer</i>			
Indirizzo Completo <i>Head Office Address</i>	Via		Cap
	Città		Provincia
Codice Fiscale <i>Fiscal Code</i>		P.IVA <i>VAT Number</i>	
Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>		Anno e Numero di iscrizione all'Albo <i>Year and Number of enrolment</i>	

2. ATTIVITÀ ESERCITATA <i>Activity</i>	
Biologo (Escluse analisi genetiche) / Biologist	<input type="checkbox"/>
Dietista / Dietitian	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista / Physiotherapist	<input type="checkbox"/>
Massaggiatore / Masseur	<input type="checkbox"/>
Odontotecnico / Dental Technician	<input type="checkbox"/>
Psicologo / Psychologists	<input type="checkbox"/>

3. MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO, FRANCHIGIE OPERANTI E RETROATTIVITÀ <i>Limit of Indemnity required, related Deductible and Retro-activity</i>				
Massimale / Limit				
<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 750.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00
Franchigia / Deductible		Retroattività / Retro-activity		
€ 250,00		2 anni		

4. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI <i>Information about previous policies</i>			
Indicare se - negli ultimi 5 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio / Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk?			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se la risposta è SI / If "yes"			
Compagnia / Company			
Data di inizio / Inception Date		Data di scadenza / Expiry Date	
Massimale / Limit of Indemnity		Retroattività <i>Retroactive cover</i>	
Premio pagato / Premium		N. di anni di copertura precedente continua <i>Number of years continuous previous insurance</i>	
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Se si fornire dettagli / If "yes" please provide details			

Contratti Ancora In Vigore / Contracts still in force

--

5. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

Information about claims

<p>Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? <i>Have any claims been filed or have any actions been taken to verify civil, criminal or ethical liability against the Proposer in the last 5 years?</i></p>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<p>Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente? <i>Is the proposer aware of any act, omission or fact which could give grounds for any future claim or any actions undertaken to verify civil, criminal or ethical liability against the Proposer</i></p>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<p>Se si fornire dettagli (data sinistro, tipo evento, quantificazione richiesta risarcimento, stato del sinistro) / <i>If "yes" please provide details</i></p> <div style="height: 150px;"></div>	

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario-Proposta, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;**
- (II) che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che**
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Questionario-Proposta per conto degli altri assicurandi e che gli stessi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO-PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

DATA / Date		FIRMA / Signature	
QUALIFICA / Title		NOME LEGGIBILE / Printed Name	

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "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 una futura richiesta di risarcimento, 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 Sinistro potrà essere denunciato a termini della polizza stessa (salvo che sia diversamente previsto), anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance.

The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance (unless otherwise agreed), even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

FIRMA / Signature	
--------------------------	--

"Codice della Privacy" (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatici ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento ISVAP 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 ALL RISKS s.r.l..

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.