



*PROPOSTA / QUESTIONARIO*



POLIZZA

RCT/RCO

---

STRUTTURE AMBULATORIALI (POLIAMBULATORI)  
LABORATORI DI ANALISI E CENTRI DIAGNOSTICI  
SENZA ATTIVITÀ DI CHIRURGIA

---

**PROPOSTA/QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA**

## **Responsabilità Civile Terzi (RCT)**

## **Responsabilità Civile del Datore di Lavoro (RCO)**

### **Strutture Ambulatoriali (Poliambulatori) Laboratori di Analisi e Centri Diagnostici senza Attività di Chirurgia**

#### **AVVISO IMPORTANTE**

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA “CLAIMS MADE” IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA’ ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN Assicurato SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA (salvo se prevista la retroattività e/o la postuma), NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA.

VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”).

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività. Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli art. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a Circostanze, possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’Indennizzo.

**E’ IMPORTANTE CHE L’ASSICURATO, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA, SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.**

**FORMULARIO DI PROPOSTA CONTRATTUALE PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER DANNI DA MEDICAL MALPRACTICE, RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI & CORRELATE COPERTURE ASSICURATIVE, IN RIFERIMENTO A STRUTTURE AMBULATORIALI - LABORATORI DI ANALISI E CENTRI DIAGNOSTICI SENZA ATTIVITA' DI CHIRURGIA**

Per "**CONTRAENTE**" si intende l'impresa di diritto privato cui si propone l'acquisto di questa assicurazione, per proprio conto e per conto delle altre persone assicurate.

Per "**ASSICURATO**" si intende il **CONTRAENTE**, ogni dipendente del **CONTRAENTE** ed anche altri soggetti quali fornitori di servizi sanitari che richiedano copertura all'interno della presente proposta assicurativa.

Questo formulario di proposta contrattuale deve essere completato a penna, datato e firmato dal Legale Rappresentante, dal Dirigente Amministrativo, dal Dirigente Finanziario del **CONTRAENTE**, o da un Dirigente che ricopra analoga carica presso il **CONTRAENTE** da almeno 5 anni, in un ruolo che gli/le dia competenze sufficienti per rispondere compiutamente alle domande che saranno di seguito poste.

Occorre rispondere a tutte le domande ed ove opportuno occorre specificare "Non Applicabile" o "N/A". Il presente formulario di proposta contrattuale compilato, unitamente ad ogni informazione aggiuntiva fornita, sarà parte del contratto di assicurazione stipulato con i Sottoscrittori. Ogni fatto rilevante per l'assicurazione proposta deve essere dichiarato in modo esatto, completo e rispondente a verità, nonché nella miglior buona fede e conoscenza dell'**ASSICURATO**, indipendentemente dal fatto che chi risponde sia o meno il diretto interessato di una domanda posta. Dichiarazioni inesatte o incomplete o la mancata rivelazione di circostanze che, se conosciute integralmente dai Sottoscrittori cambierebbero la loro valutazione del rischio in esame, potrebbero portare alla cancellazione della polizza o potrebbero comportare un risarcimento solo parziale da parte dei Sottoscrittori. Oltre alle informazioni contenute nel presente formulario di proposta contrattuale, inclusa tutta la documentazione di supporto, qualora l'**ASSICURATO** fosse al corrente di ogni altra informazione che ritenga possa modificare, influenzare o pregiudicare la valutazione dei Sottoscrittori riguardo al rischio contemplato, dovrà comunicarla unitamente al presente modulo di proposta.

Se non vi è spazio sufficiente per completare una risposta a qualsiasi domanda o se è necessario allegare e comunicare con il presente modulo ulteriori informazioni rilevanti, si prega di utilizzare l'apposita pagina di prosecuzione, la quale dovrà essere a sua volta firmata, datata, e allegata al presente formulario.

## SEZIONE 1 – INFORMAZIONI GENERALI

- (a) Si prega di fornire il nome completo del **CONTRAENTE** (compreso ogni ente per cui si richieda copertura assicurativa): -
- (b) Anno di fondazione:-
- (c) Indirizzo della Sede Legale:-
- (d) Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del **CONTRAENTE** nell'ultimo anno finanziario completo:-
- (e) Indirizzo Internet del sito web:-  
(Inteso e convenuto che il materiale contenuto nel sito web del **CONTRAENTE** non è da considerarsi parte integrante della presente proposta contrattuale, a meno che l'informazione venga materialmente allegata in copia cartacea al presente modulo)
- (f) Codice IVA:

## SEZIONE 2 – INFORMAZIONI TECNICHE

- (a) Si prega di fornire una descrizione completa delle attività del **CONTRAENTE** (comprese le attività svolte negli ultimi sei anni non attualmente intraprese e le eventuali nuove attività previste per i prossimi dodici mesi):-

- (b) Si prega di indicare la situazione proprietaria del **CONTRAENTE** come segue:-

Proprietà Privata	<b>SI/NO</b> (se <b>SI</b> , indicare il soggetto proprietario:)
Proprietà Pubblica	<b>SI/NO</b>
Ente Caritatevole	<b>SI/NO</b>
Altro (Specificare)	<b>SI/NO</b>

- (c) Si prega di indicare in quale percentuale i ricavi realizzati nell'ultimo anno finanziario derivino da ciascuna delle seguenti opzioni:

Finanziamenti Pubblici	%
Regimi di Assicurazione Privata	%
Soggetti Privati	%
Donazioni di Beneficenza	%
Altro (Specificare)	%
	100%

(d) Si prega di indicare nella tabella sottostante il numero del personale medico qualificato attualmente impiegato. Segue definizione della tipologia del personale:-

- A. **DIPENDENTE** – Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto); per il **CONTRAENTE** (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure e equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavori);
- B. **CONVENZIONATO** – Qualsiasi professionista che agisca nell'ambito di uno specifico contratto o progetto per il **CONTRAENTE**
- C. **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** – Qualsiasi professionista indipendente che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal **CONTRAENTE**, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che non agisca sotto la diretta direzione del **CONTRAENTE**.

	A. DIPENDENTE	B. CONVENZIONATO*	C. AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA *
<b>DOTTORI (specificare attività in sezione 3)</b>			
<b>INFERMIERI</b>			
<b>BIOLOGI</b>			
<b>CHIMICI</b>			
<b>TECNICI DI RADIOLOGIA</b>			
<b>ALTRO PERSONALE MEDICO/PARAMEDICO</b>			
<b>ALTRO (SPECIFICARE)</b>			
<b>TOTALE</b>			

\*I Sottoscrittori stabiliscono che il personale AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA/CONVENZIONATO acquisti separata assicurazione per RCT professionale sanitaria operante a primo rischio. In caso diverso, o nell'inusuale situazione che un soggetto richieda copertura nell'ambito dell'assicurazione sottoscritta dal CONTRAENTE, l'argomento dovrà essere specificatamente discusso, concordato e approvato dai Sottoscrittori su base individuale.

(e) (i) Quando termina l'Anno Finanziario del **CONTRAENTE**?:-

(ii) Si prega di fornire le seguenti informazioni per ognuno degli ultimi tre anni finanziari completi e per il corrente incompleto anno finanziario:-

Le Informazioni Finanziarie devono essere specificate in EURO	Ultimo Anno Finanziario Completo	Precedente Anno Finanziario Completo (1 anno fa)	Precedente Anno Finanziario Completo (2 anni fa)	Stima del Corrente Incompleto Anno Finanziario
<b>INFORMAZIONI FINANZIARIE</b>				
(i) Fatturato lordo – ( <b>Valore della produzione</b> ) equivalente al totale delle attività incluse le prestazioni di medici autonomi / liberi professionisti / convenzionati)				
(ii) Registro Salari				
(iii) Utile Netto (tasse pagate)				
<b>ALTRE INFORMAZIONI</b>				
(iv) Numero di Letti (n beds)				
(v) Occupazione Media dei Letti (%)				
(vi) Numero analisi annuali				
(vii) Numero trattamenti diagnostici				
(viii) Numero trattamenti invasivi				
(viii) Numero Pazienti annuali				

(f) Si prega di indicare il tipo di istituzione in cui rientra il **CONTRAENTE**:-

Laboratorio analisi cliniche/microbiologiche/farmatologiche	SI/NO
Laboratorio analisi genetiche	SI/NO
Diagnostica per immagini/radiodiagnostica/ecografie	SI/NO
Ambulatori medici per visite	SI/NO
Ambulatori medici per trattamenti invasivi (si prega di specificare la tipologia di trattamenti invasivi nella sezione apposita)	SI/NO
Centro di riabilitazione	SI/NO
Altro (si prega di specificare)	SI/NO

**SEZIONE 3 – DISCIPLINE**

Si prega di indicare come segue l'attuale numero di DOTTORI , visite e prestazioni, per ognuna delle seguenti categorie di trattamento medico e per ognuna delle tre tipologie di rapporto di lavoro dei DOTTORI:-

Attività Numero di Dottori/Procedure	A. DIPENDENTE	N° di Prestazioni i annuali ( A )	Numero visite annuali (A)	B. AUTONOMI / LIB. PROFESS/ CONVENZIO NATO	N° di prestazioni i Annuali ( B )	Numero visite annuali (B)
Anatomia / Istologia						
Cardiologia						
Odontoiatria*						
Trattamenti Estetici * (Elective treatments)						
Trattamenti laser * (laser treatments)						
Dermatologia*						
Chiropratica						
Gastroenterologia						
Diabetologia						
Dialisi						
Fertilità *						
Ginecologia *						
Medicina Fetale *						
Diagnosi Prenatale invasiva e non *						
HIV / Epatite / MST						
Immunologia/ Trasfusioni						
Laboratorio di Analisi						
Medicina Generale						
Medicina dello Sport						
Medicina Trasfusionale						
Medicina Naturale						
Microbiologia & Virologia						
Geriatrica						
Neonatalogia						
Neuropsichiatria Infantile						
Osteopatia						
Neurologia						
Nutrizione / Dimagrimento						
Oncologia						

Ortopedia / Traumatologia/Protesi						
Otorinolaringoiatria						
Oculistica						
Pediatria						
Podiatria						
Psichiatria						
Radiologia						
Riabilitazione / Fisioterapia						
Terapie Complementari / Alternative						
Altro (Specificare)						
TOTALE						

#### SEZIONE 4 – DISCIPLINE PARTICOLARI \*

Si prega di indicare se IL CONTRAENTE svolge alcuna delle seguenti categorie di trattamento medico:

- |  |       |
|--|-------|
| (a) Trattamenti Estetici                           | SI/NO |
| (b) Ginecologia e Medicina Fetale                  | SI/NO |
| (c) Fertilita'/Procreazione Medicalmente Assistita | SI/NO |

In caso affermativo, si prega di indicare, per ognuna delle sopra indicate categorie, il numero di visite annuali, numero e tipologia di trattamenti e fatturato annuale relativo a ciascuna attivita' come riportato di seguito:

DISCIPLINA	N. VISITE	N. TRATTAMENTI	FATTURATO ANNUALE	TIPOLOGIA TRATTAMENTI
Trattamenti estetici invasivi e non ; Laser terapia ; Dermatologia elettiva ; Odontoiatria elettiva ; )				
Ginecologia / Medicina Fetale/Diagnosti Prenatale invasiva e non/Laboratorio genetico (Ecografie 3D/4D ; amniocentesi ; villocentesi ; consulenze)				



**ATTIVITA' DI FECONDAZIONE ASSISTITA / PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:**

Fertility related activities:

Procedure(s)	N. Procedure - ultimo anno finanziario	Tasso di successo ultimo anno finanziario	Fatturato Annuale	N. Stimato di procedure - (corrente anno finanziario)
<b>Artificial Insemination by Donor</b> Inseminazione Artificiale Eterologa				
<b>Frozen Embryo Transfer (FET)</b> Trasferimento Embrioni				
<b>Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT)</b> Trasferimento Intratubarico di Gameti				
<b>Embryo Testing/ Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD)</b> Diagnosi Genetica Pre-impianto				
<b>Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI)</b> Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo				
<b>Intrauterine Insemination (IUI)</b> Inseminazione Intrauterina				
<b>In Vitro Fertilisation (IVF)</b> Fecondazione in Vitro (FIVET)				
<b>In Vitro Maturation (IVM)</b> Maturazione In Vitro degli ovociti				
<b>Ovarian Tissue Freezing</b> Congelamento tessuti Ovarici				
<b>Pronuclear Stage Embryo Transfer (PROST)/Zigote-Itra-Fallopian Transfer (ZIFT)</b> Fertilizzazione in vitro e trasferimento degli zigoti				
<b>Reproductive Immunology</b> Immunologia Riproduttiva				
<b>Storage of Gametes for Oncology Patients</b> Stoccaggio di gameti per pazienti oncologici				
<b>Surgical Procedures (e.g. Surgical Sperm Retrieval, Testicular Biopsy; vasectomy); Please specify</b> Procedure chirurgiche ( estrazione testicolare dello sperma, Biopsia testicolare, vasectomia) Specificare				
<b>Tubal Embryo Transfer (TE)</b> Trasferimenti Tubarici di Embrioni				
Altro - specificare				

**SEZIONE 5 – INFORMAZIONI PARTICOLARI**

Il **CONTRAENTE** verifica ANNUALMENTE che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA/CONVENZIONATO**, acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica operante a primo rischio con limite di copertura di almeno €1,000,000? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade ed indicare il massimale minimo richiesto:

Si prega di inserire il nome della persona incaricata del controllo delle polizze:

(b) Il **CONTRAENTE** verifica che ogni **DIPENDENTE** e Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA / CONVENZIONATO** sia iscritto ad un Ordine Medico riconosciuto o faccia parte di un riconosciuto Ordine Professionale e detenga le relative licenze necessarie per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(c) Il **CONTRAENTE** sottopone a verifica ogni Dottore, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato prima dell'inizio del rapporto di lavoro e durante il rapporto di lavoro stesso con il **CONTRAENTE**, per uso di droga e/o abuso di alcool? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(d) Il **CONTRAENTE** si procura sufficienti referenze scritte e conferma dell'inesistenza di richieste di risarcimento, o comunque di episodi collegati a responsabilità professionale medica, per ogni Medico, Infermiere e altro Personale Medico Qualificato prima di assumerli o di permettere loro l'utilizzo dei propri locali? **SI/NO**

Se **NO** si prega di indicare per quale motivo, e quando, non si procederebbe a tale controllo:-

(e) Il **CONTRAENTE** conferma che nessuno dei Medici, Infermieri e altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali

(i) è oggetto di indagine disciplinare da parte di Ordini Professionali, Istituti o Associazioni né è coinvolto in alcun procedimento civile o amministrativo per responsabilità professionale;

(ii) è stato mai condannato per delitti o reati, né è attualmente coinvolto in alcun procedimento penale

**SI/NO**

Se **NO** a (i) o (ii) si prega di fornire ogni relativa informazione:-

(f) Il **CONTRAENTE** conferma che se un Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali è interessato da un evento menzionato sopra alle lettera (e) (i) o (ii) deve comunicarlo al **CONTRAENTE** quanto prima? **SI/NO**

## SEZIONE 6 – ATTIVITA' DI LABORATORIO

(a) Il **CONTRAENTE**, tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti su sangue, urine e / o campioni di liquido seminale? **SI/NO**

(b) Se **SI**:- Tali analisi vengono svolte presso un laboratorio esterno completamente indipendente? **SI/NO**

Se **SI**:- Si prega di rispondere ad entrambe le seguenti domande:-

(i). Il **CONTRAENTE** ha sottoscritto un contratto che definisca la natura dei servizi richiesti e il livello delle prestazioni professionali richieste a tale laboratorio? **SI/NO**

(ii). Il **CONTRAENTE** garantisce che il laboratorio abbia adeguata Copertura Assicurativa per il servizio professionale che svolge in nome e per conto del **CONTRAENTE**? **SI/NO**

Se **NO** a (i) e/o (ii) di cui sopra, si prega di indicarne il motivo:

(c) Il **CONTRAENTE** tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti di natura: Clinica e Microbiologica **SI/NO**

Genetica **SI/NO**

Batteriologicala **SI/NO**

Ematologica **SI/NO**

Chimica **SI/NO**

## SEZIONE 7 – GESTIONE DEL RISCHIO

(a) Il **CONTRAENTE** possiede o utilizza una Banca del Sangue? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di indicare i dettagli di come il **CONTRAENTE** si assicura, per quanto ragionevolmente possibile, che il sangue non contenga malattie trasmissibili e/o infezioni:-

(b) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni trattamento effettuato su pazienti minorenni venga effettuato solo con il consenso dei genitori o di un tutore legale? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le circostanze in cui questo non si verifica:-

(c) Il **CONTRAENTE** dispone di un sistema di controllo della qualità al fine di garantire un elevato livello di gestione del rischio e controllo sulla sua attività? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di fornire i dettagli:-

Se **NO**, si prega di indicarne i motivi :-

(d) Il **CONTRAENTE** si assicura che tutte le apparecchiature di cui si fa utilizzo siano sterili, e che siano in atto procedure al fine di assicurare sempre tale sterilizzazione? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali circostanze ciò non si verifica:-

(e) Il **CONTRAENTE** ha stipulato un contratto di manutenzione con un terzo soggetto specializzato al fine di garantire per tutte le apparecchiature un adeguato servizio di manutenzione? **SI/NO**

Se **NO**, quali misure adotta il **CONTRAENTE** per assicurarsi che ogni apparecchiatura svolga la propria funzione ad un livello soddisfacente?

(f) Il **CONTRAENTE** intraprende, gestisce, controlla o comunque ha un coinvolgimento diretto nel corso delle sperimentazioni cliniche? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di fornire tutti i dettagli della portata delle attività svolte:-

(g) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni qualvolta sia necessario un valido consenso informato sia sempre ottenuto per iscritto dal paziente prima che venga effettuata qualsiasi trattamento? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali casi tale consenso non verrebbe ottenuto.

(h) Il **CONTRAENTE** ha un apposito Dirigente (e/o Ufficio Reclami) per registrare e trattare tutti i reclami e le potenziali richieste danni? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di indicare il nome della persona incaricata:-

Se **NO**, si prega di indicare come i reclami e/o le potenziali richieste danni vengano gestite e da chi:-

**SEZIONE 8 – Questa assicurazione è prestata alle condizioni note con la formula “claims made” ed i Sottoscrittori escluderanno dalla copertura assicurativa ogni reclamo già noto all’ASSICURATO/I prima della data di inizio della polizza. Si prega di rispondere alle seguenti domande dopo aver effettuato indagini approfondite al riguardo presso tutti i soggetti assicurati.**

(a) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni per negligenza medica, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(b) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità civile per lesioni personali o danni alla proprietà, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(c) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a dolo e/o colpa grave, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(d) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità del datore di lavoro, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(e) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a incendio, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(f) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a furto, perdita, sparizione o deterioramento di beni, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

(g) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relative a qualsiasi altro tipo di evento, siano essi stati accolti o respinti, che sarebbero stati soggetti a indennizzo ai sensi della presente proposta assicurativa, se tali richieste fossero state presentate nei termini di cui alla presente proposta di copertura assicurativa? **SI/NO**

(h) Dopo indagine approfondita è l’**ASSICURATO** a conoscenza di circostanze in relazione alle domande di cui sopra da 7(a) a 7(g), che potrebbero dar luogo ad un potenziale reclamo o richiesta di risarcimento, se tale



**SEZIONE 9 – Coperture Precedenti**

(a) Il **Contraente** è attualmente assicurato per danni da Responsabilità Professionale Medica, Responsabilità Civile e Responsabilità Dipendenti? **SI/NO**

Se **SI** si prega di indicare come segue (includendo le risposte (i) e (ii) sotto):-

Assicuratore	Scadenza	Limite	Franchigia	Data di Retroattività	Premio

(i) Il **CONTRAENTE** è stato assicurato ininterrottamente dalla Data di retroattività sopraindicata?

**SI/NO**

Se **NO** si prega di indicare da quale data tale copertura assicurativa continuativa è stata acquisita:-

(ii) L'attuale polizza prevede un periodo di postuma, o comunque un periodo suppletivo alla scadenza di polizza entro il quale gli Assicuratori accettano nuove notifiche di sinistro afferenti ad eventi comunque avvenuti nel periodo di polizza, nel caso in cui la copertura assicurativa non venisse rinnovata dai medesimi Assicuratori?

**SI/NO**

Se **SI**, quanto dura questo periodo di postuma?

(b) E' mai stata negata al **Contraente** una copertura assicurativa simile alla presente, o è mai stata questa polizza assicurativa disdettata o dichiarata invalida?

**SI/NO**

Se **SI**, si prega di fornire i dettagli del caso:-

**SEZIONE 10 – No claims declaration e Dichiarazioni****Dichiarazione assenza sinistri e/o evento materiale che potrebbe dare origine ad un sinistro.**

Ai fini di una corretta valutazione del rischio da assicurare, prima della data di inizio del **Periodo di Durata della Polizza**, il **Contraente** ha l'obbligo di dichiarare qualsiasi evento materiale che possano dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento**;

A titolo esemplificativo e non limitativo, per evento materiale si intende:

- Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o comunque comunicazione scritta che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato
- Qualsiasi evento che sia stato o siano oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, accertamenti tecnici preventivi o qualsiasi altro atto o comunicazione da cui possa desumersi la pendenza di un procedimento;

Le sopra indicate devono includere anche eventi dannosi o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta.

Il **Contraente** dichiara pertanto che tutte le **Richieste di Risarcimento**, gli eventi materiali da cui potrebbero derivare **richieste di risarcimento** di cui sia stato o venga a conoscenza sino alla data di stipula della polizza sono stati comunicati agli **Assicuratori**, e/o siano stati notificati ed assunti in garanzia dai precedenti assicuratori; in tale senso il **Contraente** si impegna a non formulare alcuna richiesta nei confronti degli **Assicuratori** volta ad ottenere un indennizzo a fronte di tali **Richieste di Risarcimento** o eventi dannosi, fatti e circostanze.

Qualsiasi Sinistro e/o evento materiale, che non viene notificata ai Sottoscrittori per tramite della presente No Claims Declaration non potrà beneficiare delle garanzie di questa Polizza

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_

In nome e per conto del **CONTRAENTE**

Nome in lettere maiuscole (Stampato) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI

Si dichiara che le risposte, dichiarazioni, dettagli ed informazioni supplementari di cui sopra, sono rispondenti a verità al meglio delle conoscenze e delle convinzioni del **CONTRAENTE**. Dopo accertamenti approfonditi si conferma anche che sono state fornite tutte le informazioni e gli elementi determinanti che possono modificare la valutazione del rischio dei Sottoscrittori, o modificare la loro valutazione delle esposizioni a cui questa copertura assicurativa potrebbe portare. Con la firma di questo documento si dichiara di comprendere ed accettare che tutte le informazioni presenti assieme a tutte le risposte, dichiarazioni, e dati aggiuntivi forniti con il presente modulo di proposta contrattuale diventeranno parte della polizza e ne costituiranno fondamento giuridico.

Si dichiara inoltre:

- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di riconoscere che la sottoscrizione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo nè l'Assicurando/i nè gli Assicuratori alla stipula del contratto.
- qualora il Proponente sia una Società, un Consorzio, etc. di essere autorizzato a compilare la presente Proposta/Questionario per conto degli stessi, e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'Informativa Ex Artt. 13 – 14, del Regolamento UE/2016/679 e D. LGS 101/2018.
- di aver ricevuto e preso visione dei singoli documenti che compongono il Set Informativo, Regolamento IVASS n. 41/2018:
  - 1) DIP DANNI e DIP DANNI AGGIUNTIVO;
  - 2) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO;
  - 3) PROPOSTA/QUESTIONARIO.
- Di aver ricevuto e preso visione della comunicazione informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti, ALLEGATO 3 e ALLEGATO 4, come previsto dall'Art. 56, Regolamento IVASS n. 40/2018.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_

In nome e per conto del **CONTRAENTE**

Nome in lettere maiuscole (Stampato) \_\_\_\_\_



## **INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, REGOLAMENTO UE/2016/679 E D. LGS. 101/2018**

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito "**Regolamento**") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati.

In osservanza al principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, **GAVA S.r.l.**, con Sede Legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, in qualità di Titolare del Trattamento, Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento.

### **Finalità del Trattamento**

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza, i Suoi diritti ed in conformità alla policy privacy aziendale. L'azienda si impegna inoltre a trattare i Suoi dati nel rispetto del principio di "minimizzazione", ovvero acquisendo e trattando i dati limitatamente a quanto necessario rispetto alle seguenti finalità:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- c) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail
- d) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- e) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento è obbligatorio, in quanto è necessario all'esecuzione di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta, per le finalità di:

- a) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- b) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza

ed il Suo rifiuto al conferimento dei dati determinerà l'impossibilità totale di stipula del contratto.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento per le finalità di:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- c) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail

è invece facoltativo, poiché ha espresso il consenso al Trattamento dei Suoi dati personali per una o più specifiche finalità, ed il Suo rifiuto non impedisce la corretta stipula e successiva esecuzione del contratto.

### **Modalità del Trattamento**

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con modalità cartacee e strumenti informatici nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e, in particolare, delle misure tecniche ed organizzative adeguate di cui all'art. 32.1 del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la relativa integrità, riservatezza e disponibilità.

### **Fonte da cui hanno origine i dati**

I dati sono raccolti presso l'Interessato.

### **Categorie di destinatari**

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in stretta relazione alle finalità sopra indicate, ai seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- a) IVASS
- b) Banche
- c) Compagnie Assicuratrici
- d) Ufficio italiano Cambi
- e) Consulenti e liberi professionisti anche in forma associata
- f) Intermediari Sez. E
- g) Intermediari Sez. A – Agenti
- h) Intermediari Sez. B - Broker

- i) Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione
- j) Casellario centrale infortuni

La informiamo inoltre che:

- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere a), d), i), j) costituisce un obbligo di legge al quale il Titolare deve ottemperare;
- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere b), c), e), f), g) e h) è necessaria per dare esecuzione al contratto di cui Lei è parte.

In relazione a tali categorie di destinatari, il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento, ex art. 28 del Regolamento. L'elenco dei Responsabili del Trattamento è disponibile presso l'Azienda e potrà prenderne visione previa richiesta al Titolare del Trattamento.

I Suoi dati, inoltre, verranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, da parte del personale dipendente e/o collaboratore dell'Azienda, appositamente autorizzato e istruito dal Titolare, ai sensi dell'art. 29 del Regolamento.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, salvo qualora richiesto da una norma di legge o di regolamento o dalla normativa comunitaria.

## Trasferimento di dati personali

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento verso Paesi extra europei o verso organizzazioni internazionali.

## Periodo di conservazione

Trattamento	Trattamento dati per Polizze per Strutture Sanitarie	
CATEGORIE DI DATI	PERIODO DI CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni relative a precedenti assicurativi (massimale, franchigia, retroattività, polizze in scadenza, richieste di risarcimento, ecc.);</li> <li>- Ragione sociale;</li> <li>- Informazioni generali sul tipo di attività svolta e sull'organizzazione (procedure, numero pazienti, policy consenso, ecc.);</li> <li>- Informazioni su eventuali integrazioni;</li> <li>- Dati relativi alle condizioni assicurative richieste;</li> <li>- Dati relativi al fatturato dell'esercizio fiscale anni precedenti e stima anno in corso;</li> <li>- Partita Iva;</li> <li>- Informazioni sul Proponente (denominazione, sede legale, data di costituzione, ecc.);</li> <li>- Codice Fiscale;</li> </ul>	<p>5 anni dalla raccolta dei dati. Il Trattamento avverrà nel pieno rispetto dei principi di riservatezza, correttezza, necessità, liceità e trasparenza e delle misure di sicurezza richieste dalla legge, mediante supporto cartaceo ed informatico accessibile esclusivamente dal Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, e dal personale espressamente incaricato. Il Trattamento sarà svolto direttamente dal Titolare e/o da soggetti facenti parte dell'organizzazione dello stesso in qualità di Responsabili e/o Soggetti Autorizzati del Trattamento. I dati raccolti, soprattutto quelli particolari, per cui l'Interessato ha espresso il proprio consenso al Trattamento, trattati in formato cartaceo, verranno conservati in archivi dotati di serrature di sicurezza, le cui chiavi sono nella disponibilità del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed esclusivamente del singolo Soggetto Autorizzato. Con riferimento ai dati, trattati anche con processi informatici, questi saranno conservati attraverso programmi e sistemi di accesso controllato in grado di proteggere i dati, soprattutto quelli "particolari", da attacchi esterni e/o da qualsiasi intrusione non autorizzata e verranno trattati tramite appositi programmi di archiviazione ed elaborazione dati protetti da passwords ed attraverso operazioni controllate e periodiche di backup in cloud su server. In particolare, la gestione degli adempimenti previsti dal Reg. UE/2016/679, relativi alla protezione dei dati personali, avverrà attraverso l'utilizzo di un software privacy "SicurWeb - Infotel" in cloud, a cui si potrà accedere con delle credenziali di accesso in possesso del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed eventualmente del singolo Soggetto Autorizzato. Al termine del periodo di conservazione o, eventualmente, quando richiesto dall'Interessato, i dati contenuti nei documenti cartacei verranno distrutti attraverso una macchina "distruggi-documenti" o, se in formato elettronico, verranno cancellati, attraverso gli strumenti di cancellazione, da tutti i Personal Computers e da ogni Hard Disk esterno in cui gli stessi possono essere memorizzati.</p>	<p>Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali</p>

- Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)		
---	--	--

### **Diritti riconosciuti all'Interessato**

In ogni momento potrà esercitare, nei confronti del Titolare, i Suoi diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento. In particolare, in qualsiasi momento, Lei avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro Trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro Trattamento se trattati per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare del Trattamento, qualora ritenesse violati i propri diritti e libertà fondamentali;
- il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso in relazione alle finalità per le quali questo è necessario;
- il diritto alla portabilità dei Suoi dati, ossia il diritto di chiedere e ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali a Lei riferibili;
- il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo.

### **Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento**

Titolare del Trattamento è: **GAVA S.r.l.**, con sede legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel.: 0831.262301, e-mail: [info@gavaunderwriting.com](mailto:info@gavaunderwriting.com).

### **Dati di contatto del Responsabile per la Protezione dei Dati**

Per tutte le questioni relative al Trattamento dei Suoi dati ed all'esercizio dei Suoi diritti derivanti dal Regolamento, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD): **Ing. Luigi Nevoso**, e-mail: [dpo@gavaunderwriting.com](mailto:dpo@gavaunderwriting.com), con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel. 0831.262301.

## Dichiarazione di presa visione dell'Informativa e di Consenso al Trattamento dei Dati Personali, ex artt. 7, 13 e 14, Reg. UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nella sua funzione di \_\_\_\_\_ del/della (Denominazione Sociale) \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, P. IVA \_\_\_\_\_, soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

### DICHIARA

Di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento, **GAVA S.r.l.**, per il per il **Trattamento dati per Polizze per Strutture Sanitarie**, l'Informativa, ex artt. 13-14, Reg. UE 2016/679, inerente il Trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nell'Informativa medesima ed:

- 1)  **esprime il proprio consenso**  **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario;**

- 2)  **esprime il proprio consenso**  **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di promozione di prodotti assicurativi;**

- 3)  **esprime il proprio consenso**  **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail;**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

L'Interessato \_\_\_\_\_



[www.gavaunderwriting.com](http://www.gavaunderwriting.com)