

Modulo per la raccolta dati ai fini:

- dell'assicurazione Rc Professionale del Medico del Lavoro e/o del Medico Competente e/o del Medico autorizzato alla sorveglianza per la radioprotezione;

- della valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente, come disposto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 art. 58.

Ha valore di DICHIARAZIONE PRECONTRATTUALE e, nel caso di stipula, si intende acquisito quale parte integrante del contratto. Come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha anche lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolare la valutazione.

Primo. Avviso importante

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbero dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.).
- II. Tutti i fatti e le circostanze rilevanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio per l'Assicurato in caso di sinistro.
- III. Il presente Modulo per la raccolta dati deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia rende 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 di 10 (dieci) anni precedenti la data di inizio del periodo di assicurazione.
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato, fatto salvo quanto previsto all'art. 3 delle Norme che regolano l'Assicurazione di Responsabilità Civile Professionale – "VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE", con riferimento al periodo di tolleranza concesso all'Assicurato.
- VI. alcune garanzie prevedono franchigie/scoperti in caso di sinistro e limitazioni/esclusioni della prestazione. il suo intermediario è a disposizione per illustrarle nel dettaglio ogni contenuto di polizza. le raccomandiamo, comunque, di leggere attentamente le condizioni di assicurazione con specifico riguardo alle parti evidenziate in grassetto.

Secondo. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato:

COGNOME*		NOME*	
VIA *	LOCALITÀ / COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P. *
ISCRITTO ALL'ALBO DI *	DATA *	N° ISCRIZIONE *	CODICE FISCALE /PARTITA I.V.A.*.
Indirizzo Alternativo per la Corrispondenza		Indicare se trattasi di <input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Altro	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.

I dati contrassegnati con l'asterisco * sono obbligatori

Terzo. Informazioni importanti per la regolare gestione del contratto e dei sinistri

Indicare di seguito gli indirizzi ed i recapiti che la Società potrà utilizzare per contattare l'Assicurato:

PEC*	E Mail*	
Telefono Studio	Telefono Casa	Telefono Cellulare*

I dati contrassegnati con l'asterisco * sono obbligatori

Quarto. Precedenti Assicurativi

Il Proponente ha avuto annullate polizze di Responsabilità Civile professionale?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Compagnia	Data:	Motivo Annullamento

Quinto. Situazione sinistri

Negli ultimi 5 anni si sono verificati sinistri o, comunque, vi sono stati terzi che hanno imputato un danno da loro reclamato al Proponente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze?	Allegare documentazione al riguardo.
Alla data di compilazione del presente questionario, il Proponente è a conoscenza di circostanze, fatti o situazioni che, durante la validità del contratto, possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

In caso affermativo, illustrare la situazione		Allegare documentazione al riguardo.
L'assicurato è mai stato soggetto a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine Professionale?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Data sanzione:		Allegare documentazione al riguardo.
Tipo e Motivo:		

In caso di risposta affermativa a una o più domande la Società ha il diritto di rifiutare la presente proposta di assicurazione.

Sesto. Massimale Assicurativo Richiesto - Data di decorrenza richiesta

Per **massimale** s'intende la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

€ 1.000.000,00

€ 2.000.000,00

La **copertura assicurativa viene chiesta a far data dal giorno** ___/___/201__ con scadenza alla fine dello stesso mese dell'anno successivo (durata 1 anno più i giorni dalla data di decorrenza alla fine del mese). Successivamente, la copertura si rinnoverà tacitamente di anno in anno, salva disdetta delle Parti.

In ogni caso la polizza sarà efficace dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto incasso del premio da parte dell'intermediario, che provvederà a comunicare al Proponente importo esatto e mezzi di pagamento.

Settimo. Dichiarazioni

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 per la raccolta dati* 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. Se tra la data di compilazione del presente Modulo e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Proponente si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Società.
3. Come disposto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 art.58 la verifica dell'adeguatezza del presente contratto è stata effettuata sulla base delle informazioni rese dal Contraente. Il Rifiuto del Contraente di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze.

Firma del Proponente/Assicurato

Firma dell'intermediario

Data

3.1 DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE SI NO

Qualora risposto "SI" il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Firma del Proponente/Assicurato

Firma dell'intermediario

Data

3.2 DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Qualora risposto "SI" il Sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il cliente 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 Proponente/Assicurato dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Il principale motivo di inadeguatezza è:

Firma del Proponente/Assicurato

Firma dell'intermediario

Data

4. Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia della documentazione di polizza, in conformità a quanto previsto dai regolamenti IVASS n. 40 e 41 del 2/8/2018, costituito da:

- a) Dip, Dip aggiuntivo;
- b) Condizioni di Assicurazione;
- c) Modulo di Proposta;
- d) Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679;

Firma del Proponente/Assicurato

Data

5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di aver ricevuto copia della documentazione conforme ai modelli di cui agli allegati 3 e 4, in conformità a quanto previsto dall'art. 49, comma 3, del Reg. IVASS n. 5 del 16/10/2006.

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Ottavo. Conferimento Incarico

La compilazione del presente Modulo s'intende valida come conferimento d'incarico, anche esplorativo, alla Spett.le Assintel. al fine di studiare, realizzare e gestire la copertura assicurativa Professionale

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Adesione alla copertura della RC per colpa grave dei dipendenti pubblici

Il Proponente/Assicurato, **in qualità di** (indicare la funzione esercitata in qualità di dipendente pubblico)

presso il seguente Ente (indicare l'Azienda o l'Ente Pubblico di appartenenza)

DICHIARA DI VOLER ATTIVARE L'ESTENSIONE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER "COLPA GRAVE"

A tal fine dichiara e prende atto che:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione **sono quelli previsti dalla polizza** proposta da AIG EUROPE S.A. di cui ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 1 della Polizza, **secondo la formulazione denominata "claims made"**. La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate all'Assicuratore nel corso del periodo di vigenza dell'Assicurazione indicato in polizza;
- C) **non ha riportato**, prima della stipulazione della presente polizza, **una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione.**

L'Assicurato prende altresì atto che **fatti e circostanze che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione.**

L'Assicurato dichiara infine di **non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico**, in sede giudiziale o extragiudiziale, **relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.**

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Il sottoscritto dichiara che **le dichiarazioni rilasciate sono conformi a verità** e che **nessun fatto essenziale è stato esposto in maniera inesatta, erroneamente dichiarato o omissivo volontariamente**. Ogni informazione fornita dal sottoscritto sarà presa a fondamento del contratto assicurativo stipulato con AIG EUROPE S.A..

Il sottoscritto si impegna a **informare AIG EUROPE S.A. in merito a qualsiasi cambiamento sostanziale di tali fatti che intervenga prima della data di decorrenza della polizza** (anche ai sensi degli artt. 1897 e 1898 C.C.).

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di **approvare specificatamente** le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza;
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made";
- C) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Firma del Proponente/Assicurato

Data