

QUESTIONARIO

Per L'ASSICURAZIONE RC PROFESSIONALE del Medico del Lavoro e/o del Medico Competente e/o del Medico autorizzato alla sorveglianza per la radioprotezione

Si raccomanda la compilazione del Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto, che si allega al presente Modulo.

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. **Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato**, fatto salvo quanto previsto all'art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione di Responsabilità Civile Professionale - "Validità temporale dell'assicurazione", con riferimento al periodo di tolleranza concesso all'Assicurato.

Secondo. Dati del Proponente/Assicurato

Cognome		Nome			
Residenza: Via		Comune		Provincia	C.a.p.
Isritto all'albo di	Data	N° iscrizione	Codice fiscale		
Indirizzo alternativo per la corrispondenza: Via		Comune		Provincia	C.a.p.

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

L'Assicurato autorizza espressamente a utilizzare per contatti e invio di comunicazioni e documenti, compreso l'invio dei documenti precontrattuali e contrattuali in formato elettronico, i seguenti recapiti:

PEC		E Mail	
Telefono Studio	Telefono Casa		Telefono Cellulare
Altro			

(resta fermo il diritto dell'Assicurato di richiederne espressamente l'invio su supporto cartaceo)

Analogamente l'Assicurato è autorizzato ad utilizzare il formato elettronico per la restituzione in scansione dei documenti contrattuali da lui sottoscritti.

Quarto. Precedenti assicurativi

Il Proponente ha avuto **annulate polizze** di Responsabilità Civile Professionale? Sì NO

Compagnia	Motivo Annullamento
Data	

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? Sì NO

In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze? *Se necessario, allegare foglio a parte.*

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? Sì NO

In caso affermativo, descrivere la situazione. *Se necessario, allegare foglio a parte.*

L'assicurato è mai stato soggetto a sanzione disciplinare da parte dell'Ordine Professionale? Sì NO

In caso affermativo, per quale fatto e con quali conseguenze? *Se necessario, allegare foglio a parte.*

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 le Parti 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/Assicurato si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Società, per l'eventuale revisione della stessa.
3. La verifica dell'**adeguatezza del presente contratto** è 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

Data

4. Il Proponente/Assicurato dichiara di **aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo**, in conformità a quanto previsto dall'art. 32 del Reg. IVASS n. 35 del 26/05/2010, **costituito da:**

a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario	c) Modulo di Proposta
b) Condizioni di Assicurazione	d) Informativa sul Trattamento dei Dati Personali

Firma del Proponente/Assicurato

Data

5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di **aver ricevuto:**
 - la documentazione 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

6. **TUTELA DEI DATI PERSONALI - Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati comuni e sensibili**
Il Proponente/Assicurato, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 (All. C del Fascicolo Informativo) ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, **in relazione ai propri dati personali comuni e sensibili esprime il consenso (spuntare se affermativo):**
 - al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (3) e (4) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto (4) dell'informativa, in relazione alle finalità come individuate nell'informativa stessa.
 - al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (36) e (4)d al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al par. punto 2 (Tipologia di informazioni raccolte dalla nostra Società e utilizzo possibile delle stesse), lettere c) e g) dell'informativa stessa.

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Cognome e nome leggibili _____

Ottavo. 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 LIMITED 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 omesso volontariamente**. Ogni informazione fornita dal sottoscritto sarà presa a fondamento del contratto assicurativo stipulato con AIG EUROPE LIMITED.

Il sottoscritto si impegna a **informare AIG EUROPE LIMITED 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