

Modulo raccolta dati

Responsabilità Civile Professionale dei Laboratori di Analisi

1. AVVISO IMPORTANTE

- Il Proponente/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 dal proponente/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 del proponente/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.
- Il presente modulo di proposta per l'assicurazione per l'assicurazione di Responsabilità Civile Professionale per i Laboratori di Analisi deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal proponente/assicurato.
- L'assicurazione di Responsabilità Civile Professionale 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 essere a lei denunciato, salvo diversa pattuizione tra le Parti.

2. DATI DEL PROPONENTE

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato

DENOMINAZIONE (<i>Company name</i>)	DATA DI COSTITUZIONE (<i>Established in</i>)	PARTITA I.V.A. (<i>Vat No.</i>)	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° (<i>Head Office Address</i>)	LOCALITÀ/COMUNE (<i>Place/City</i>)	PROVINCIA (<i>Municipality</i>)	CAP (<i>Postcode</i>)
ATTIVITÀ (<i>Activities</i>)			

3. PRECEDENTI ASSICURATIVI DEL PROPONENTE/ASSICURATO

- Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di qualsiasi Compagnia di Assicurazioni una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale

non è mai stato assicurato

È già stato assicurato e (Indicare con una X)

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

- Se già assicurato fornire i dettagli della polizza:

COMPAGNIA _____ ASSICURATRICE: _____

SCADENZA (indicare se CON o SENZA tacito rinnovo): _____

MASSIMALE PER SINISTRO: _____

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: _____

FRANCHIGIA: _____

PREMIO ANNUO LORDO (indicare se soggetto a regolazione): _____

4. **DICHIARAZIONE DEL PROPONENTE/ASSICURATO**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e **quante volte negli ultimi 5 anni.**
 Rispondere sia al Punto 4.1 che al punto 4.2

4.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/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 professionale del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

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

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

Indicare se al Proponente/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

5. **NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE**

- Indicare la sede principale e le sedi secondarie alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta

Sede Operativa/Principale INDIRIZZO _____

Distaccamenti INDIRIZZO _____

- Indicare il fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		

(*) L'IMPORTO FATTURATO DAL PROPONENTE/ASSICURATO PER TUTTE LE PRESTAZIONI INERENTI L'ATTIVITÀ CARATTERISTICA SVOLTA E PER LE QUALI È PRESTATO L'ASSICURAZIONE, COSÌ COME RISULTANTE DAL BILANCIO O ALTRE SCRITTURE CONTABILI / AMMINISTRATIVE.

- Indicare la tipologia di analisi effettuate e le relative percentuali di fatturato

ANNO	TIPOLOGIA	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1. Anatomia Patologica	%
	2. Restanti tipologie di analisi	%
ANNO PRECEDENTE	1. Anatomia Patologica	%
	2. Restanti tipologie di analisi	%

- Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver ommesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta 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
- Presa visione Privacy per finalità assicurative. Il proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679
- Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Set Informativo
- Il Proponente/Assicurato dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'Allegato 3 – “Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti” e l'Allegato 4 – “Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto” ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n.40/2018

Luogo: _____ Data: _____

Firma del Proponente/Assicurato _____