



## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

### 1. Avviso importante

- I. 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 dell'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.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione 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.
- IV. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato.

### 2. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato

DENOMINAZIONE	DATA DI COSTITUZIONE	PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N°	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	CAP
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI			

### 3. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

3.1 Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Terzi e Prestatori di Lavoro (RCT/RCO)

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

3.2 Se già assicurato fornire i dettagli della polizza

COMPAGNIA ASSICURATRICE: \_\_\_\_\_

SCADENZA: \_\_\_\_\_

MASSIMALE PER SINISTRO: \_\_\_\_\_

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: \_\_\_\_\_

FRANCHIGIA: \_\_\_\_\_

PREMIO LORDO ANNUO: \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

### 4. Notizie di carattere generale

4.1 Indicare la sede principale e gli eventuali distaccamenti alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta:

**Sede Operativa/Principale**      INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**Distaccamenti**      INDIRIZZO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2 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.

4.3 Indicare le specialità/aree sanitarie che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato (\*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni così come sopra quantificati:

ANNO	SPECIALITÀ/AREE SANITARIE	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%
I° ANNO PRECEDENTE	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%

### 5. Dettaglio delle attività svolte

5.1 Indicare, relativamente alle attività sotto indicate, il numero complessivo di Accessi o Posti letto per ogni singola attività svolta all'interno dei vari centri:

Tipologia di attività svolta	Numero di accessi	% Occupazione Media Mensile	Numero di posti letto	% Occupazione Posti letto
Riabilitazione Ortopedica		%		%
Riabilitazione Neurologia e cardiaca		%		%
Psichiatria		%		%
Geriatrica		%		%
Centro diurno anziani o disabili		%		%
Alzheimer		%		%
Dipendenze		%		%
Disabilità Motoria		%		%
Hospice		%		%
Comi		%		%

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

5.2 Indicare, ove presenti, eventuali ambienti presenti all'interno della struttura:

- |  |                             |                             |              |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| a) LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE-MICROBIOLOGICHE                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| b) DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIODIAGNOSTICA                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| • MAMMOGRAFIA  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| c) SALE OPERATORIE PER DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| d) AMBULATORI MEDICI PER VISITE  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| e) AMBULATORI MEDICI PER ATTIVITA' INVASIVE (CHIRURGIA MINORE)         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| f) PALESTRE  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| g) PISCINE   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| h) PERCORSI PEDONALI ESTERNI   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |

INDICARE, DI SEGUITO, IL NUMERO DI AMBIENTI –  
COSI' COME DI SEGUITO DEFINITI – NON CONTEGGIATI NELLE LETTERE DA A AD H Numero \_\_\_\_\_

**NB :** PER AMBIENTE SI INTENDE CIASCUN VANO DISPONIBILE/ACCESSIBILE AI PAZIENTI QUALI, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, SALE DI ATTESA E/O PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, PER VISITE MEDICHE, DOVE SI EFFETTUANO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (COMPRESO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODIAGNOSTICA), DOVE SI EFFETTUANO ESAMI DI LABORATORIO E/O DOVE SI EFFETTUANO TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ETC.

5.3 Indicare Specialità e Numero dei Medici Convenzionati e/o in Libera Prestazione (Medici ed altro Personale) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nella tabella seguente:

	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
46	Allergologia e Immunologia clinica			
47	Anatomia patologica			
48	Andrologia			
49	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva			
50	Angiologia			
51	Audiologia			
52	Biochimica Clinica			
53	Cardiologia			
54	Dermatologia- Venereologia			
55	Diabetologia e malattie del metabolismo			
56	Ematologia e Medicina TrASFusionale			
57	Endocrinologia e malattia del ricambio			
58	Epatologia			
59	Farmacia Ospedaliera			
60	Farmacologia			
61	Fisica Medica			
62	Gastroenterologia			
63	Genetica Medica			
64	Geriatra			
65	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita			
66	Igiene degli alimenti			
67	Igiene e medicina preventiva			
68	Malattie infettive			

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

69	<b>Malattie Tropicali</b>			
70	Medicina Aeronautica e spaziale			
71	Medicina del lavoro			
72	Medicina dello sport			
73	Medicina di Base			
74	Medicina di comunità			
75	Medicina d'urgenza			
76	Medicina estetica			
77	Medicina fisica riabilitativa			
78	Medicina generale			
79	Medicina interna			
80	Medicina legale			
81	Medicina Nucleare			
82	Medicina Termale			
83	Medicine non convenzionali e osteopatiche			
84	Microbiologia/Virologia			
85	Nefrologia			
86	Neurofisiopatologia			
87	Neurologia			
88	Neuropsichiatria			
89	Neuropsichiatria infantile			
90	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici			
91	Odontoiatria senza implantologia			
92	Oncologia			
93	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni			
94	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici e senza assistenza al parto			
95	Otorinolaringoiatria			
96	Patologia Clinica			
97	Pediatria senza neonatologia			
98	Pneumologia			
99	Psichiatria			
100	Psicologia Clinica			
101	Radiodiagnostica (no mammografia)			
102	Radiodiagnostica con mammografia			
103	Radioterapia			
104	Reumatologia			
105	Scienze dell'alimentazione			
106	Stomatologia senza implantologia			
107	Terapia del dolore e cure palliative			
108	Tossicologia medica			
109	Urologia			

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

5.4 Indicare Specialità e Numero dei prestatori di lavoro (personale non medico) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nella tabella seguente:

	ATTIVITÀ	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO
1	Infermieri	
2	Fisioterapisti / Tecnici di neurofisioreabilitazione	
3	Educatori Professionali	
4	ASA, OTA, OSS	
5	Altro personale del comparto non medico	

**NB :** PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

A) PER LE SPECIALITÀ CHE PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE

B) PER LE SPECIALITÀ CHE NON PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (ES. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E/O DI REFERTAZIONE): IL NUMERO DI DIAGNOSI FORMULATE E/O ESAMI SVOLTI

PER ATTIVITÀ DIAGNOSTICA INVASIVA SI INTENDE QUELL' ATTIVITÀ CHE COMPORTA IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI E/O UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO SIA AI FINI DIAGNOSTICI SIA TERAPEUTICI.

### 6. Notizie assicurative

6.1 Indicare, per ciascun anno, le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte per il rischio della Responsabilità Civile:

	ANNO					
	IN CORSO	I° PRECEDENTE	II° PRECEDENTE	III° PRECEDENTE	IV° PRECEDENTE	V° PRECEDENTE
COMPAGNIA						
MASSIMALE PER SINISTRO (RCT)						
MASSIMALE AGGREGATO ANNUO (RCT)						
FRANCHIGIA PER SINISTRO						
FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA						
SIR						
FORMA DELL'ASSICURAZIONE (*)						
GARANZIA POSTUMA						
RETROATTIVITÀ						
PREMIO ANNUO LORDO						
ESTENSIONE RCT DEI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SI/NO						

(\*) "CLAIMS MADE" O "LOSSES OCCURRING"

6.2 Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare:

la data di scadenza

la data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta

6.3 Indicare se sono stati presentati Questionari e/o Moduli di Proposta ad altre compagnie:

NO

SI

6.4 Indicare se si sono verificate disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro:

NO

SI

In caso affermativo indicare (obbligatorio):

L'anno

e la Compagnia

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

6.5 Indicare se sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti di Personale Dipendente per morte o lesioni subite da pazienti:

NO  Sì

In caso affermativo indicare dettagli in merito a tali eventi:

DETTAGLI

### 7. Risk Management

7.1 Indicare se esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Hospital Risk Manager):

NO  Sì

7.2 È prevista l'esistenza di consenso informato?

In tutti i casi?

NO

Sì

Per iscritto?

NO

Sì

7.3 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni?

NO  Sì

7.4 Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso?

NO  Sì

7.5 Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche?

NO  Sì

7.6 Si prega di indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 10 anni:

NO negli ultimi 10 anni  Sì negli ultimi 10 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

7.7 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 10 anni:

NO negli ultimi 10 anni  Sì negli ultimi 10 anni

7.8 Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/richieste di risarcimento:

Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza.  
 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza.  
 Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente.  
 Un evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati il Proponente/Assicurato è tenuto ad inviare l'Elenco Sinistri (in formato Excel), in assenza di suddetto Elenco non verrà presa in valutazione la proposta.**

L'Elenco Sinistri dovrà contenere i seguenti campi:

- Identificativo del sinistro;
- Data di accadimento dell'evento;
- Data di richiesta di risarcimento danni;
- Data di chiusura del sinistro;
- Indicazione se il sinistro è in copertura assicurativa o in autogestione;
- Stato pratica;
- Importo Liquidato;
- Importo Riservato;
- Tipologia (extragiudiziale-civile-penale);
- Descrizione del fatto, inclusi anche gli stati di avanzamento per le richieste in ambito giudiziario;
- Tipologia di lesione.

### 8. Validità temporale (Retroattività richiesta)

Indicare, relativamente alla retroattività richiesta di cui al comma IV della Sezione 1 del presente Modulo di Proposta, il numero di anni di retroattività richiesti: \_\_\_\_\_

### 9. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

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 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.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente / Assicurato dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 8 di cui sopra e riportato nella Scheda di Polizza.
5. Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
  - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
  - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
  - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
  - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Clerici, 14 - 20121 Milano;
  - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust International Underwriters DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia.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.
6. Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente/Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland



- Conferma ricezione dell' **informativa** sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....  
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome  
o Ragione sociale:

Codice fiscale  
o Partita IVA:

Indirizzo residenza  
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. 7B
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

.....  
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.

.....  
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.

.....  
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- \_\_\_\_\_ acconsento\* (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
Il contraente

- Questionario **sull'adeguatezza** del contratto offerto
- Dichiarazione di adeguatezza
- Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste
- Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

.....  
Data e Luogo

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO**

*Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente*

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_ Indirizzo/Sede Legale \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- RC Professionale;
- Tutela Giudiziaria;
- Infortuni;
- Altro \_\_\_\_\_

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  SI -  NO
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  SI -  NO
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  SI -  NO
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto  SI -  NO

**DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA**

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....  
L'intermediario  Il contraente

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....  
L'intermediario  Il contraente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente 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 contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza \_\_\_\_\_

.....  
L'intermediario  Il contraente

MOD. ST001