

Spettabile

Spettabile

UA Underwriting Agency S.r.l.
Agenzia Generale AmTrust Europe
Agenzia Generale International
Viale San Michele del Carso 11
20144 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso le Compagnie:

AmTrust Europe e AmTrust International.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Eventuali polizze sottoscritte con la medesima compagnia inerenti il medesimo rischio saranno da Voi intermedate.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____/____/_____

Spettabile

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Allegato alla lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

Vi informiamo che le Compagnie sotto riportate sono da noi già state contattate direttamente e o per il tramite di altro intermediario

Vi comunichiamo pertanto di non richiedere analoga quotazione presso le sopra indicate compagnie.

Con i migliori saluti.

Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

1. Avviso importante

- I. Il Proponente si impegna a fornire alla Società 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 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 perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito Modulo di Proposta devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Proponente, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio – ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio 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 della Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente.

2. Dati del Proponente

CONTRAENTE	PARTITA I.V.A.*		
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° *	LOCALITÀ/COMUNE *	PROVINCIA *	CAP *

*Campi obbligatori

3. Dati relativi alla Sperimentazione Clinica

DECORRENZA - DATA	SCADENZA – DATA
NOME DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA	TITOLO DEL PROTOCOLLO ASSICURATO
PROMOTORE/SPONSOR DELLA SPERIMENTAZIONE	NUMERO DEL PROTOCOLLO/NUMERO EUDRACT:
FASE DELLA SPERIMENTAZIONE (OVE APPLICABILE)	TIPOLOGIA DI STUDIO
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> OSSERVAZIONALE <input type="checkbox"/> MEDICAL DEVICE <input type="checkbox"/> FARMACOLOGICO IN CASO DI MEDICAL DEVICE INDICARE CLASSE: _____
NUMERO DI SOGGETTI COINVOLTI	LO STUDIO È:
	<input type="checkbox"/> MONOCENTRICO <input type="checkbox"/> MULTICENTRICO
SE MULTICENTRICO INDICARE IL NUMERO ED ELENCO TOTALE DI CENTRI COINVOLTI:	PROFIT O NO PROFIT?
	<input type="checkbox"/> PROFIT <input type="checkbox"/> NO PROFIT
LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TERAPIE GENETICHE?	LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TERAPIE CELLULARI?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TECNICHE INVASIVE/CHIRURGICHE?	LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE RADIOFARMACI?
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
VERRANNO ARRUOLATE DONNE IN STATO DI GRAVIDANZA?	È PREVISTA SPERIMENTAZIONE SUI MINORI?
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO

Modulo di Proposta

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

LA SPERIMENTAZIONE SI SVOLGE IN PAESI DIVERSI DALL'ITALIA?	ALTRE INFORMAZIONI FORNITE DAL PROPONENTE
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	

***Nel caso di risposta affermativa alle domande contrassegnate con questo simbolo la quotazione non potrà essere rilasciata.**

4. Massimali

MASSIMALE PER SOGGETTO/PERSONA	MASSIMALE AGGREGATO PER L'INTERA DURATA DELL' ASSICURAZIONE (PER PROTOCOLLO)
1.000.000 €	<input type="checkbox"/> 5.000.000 € <input type="checkbox"/> 7.500.000 € <input type="checkbox"/> 10.000.000 €

"Le prestazioni assicurative per ciascun Soggetto/Persona saranno proporzionalmente ridotte qualora la somma dei singoli risarcimenti spettanti a tutti i Soggetti/Persones dovesse superare i detti massimali per l'intera durata dell'assicurazione. Le richieste di risarcimento che superano il limite previsto sono a carico del Contraente (promotore)"

5. Condizioni particolari

Indicare se si intende attivare la seguente garanzia: **CRO** SÌ NO

- Copertura Postuma*: D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 3 - 36 mesi)
 D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 5 - 10 anni)
 D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 4)(indicare la durata della postuma richiesta)

***In caso di richiesta di copertura postuma eccedente quanto previsto dal D.M. 14.07.09 art. 1 commi 3 e 5 la Società si riserva di non rilasciare quotazione.**

Attenzione: Allegare sempre copia del Consenso informato che il paziente deve sottoscrivere con lo Sperimentatore prima di aderire al programma di Sperimentazione.

6. Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

- 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.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente/Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 2 – Inizio e termine della garanzia; Articolo 3 – Massimali di garanzia; Articolo 9 – Pagamento del Premio – Decorrenza della Garanzia; Articolo 12 – Gestione delle vertenze di Sinistro – Spese Legali; Articolo 16 – Regolazione Premio.
- Preso visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- 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.
- Il Proponente dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Set Informativo (AmTrust Clinical Trial - Ed. 01/2019).**
- Il premio è dovuto per l'intera durata della Polizza, nonché in caso di proroga della stessa e sarà soggetto a regolazione al termine della Sperimentazione Clinica. Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda agli Articoli 2 e 9 delle Condizioni di Assicurazione.
- I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo e data della sottoscrizione li: _____, il: ___/___/___/

Firma del Proponente _____



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC
Sede Legale: 6-8 College Green, Dublin 2, Ireland. D02 VP48 (Registered Office)
Capitale Sociale e Riserve € 47.906.478,00
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 (Allegati 3 e 4).
- 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 a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **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 indagine 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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunì; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> 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