



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 per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

### 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 Modulo di Proposta 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.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/Assicurato.

### 2. Dati del Proponente/Assicurato

CONTRAENTE	PARTITA I.V.A.		
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N°	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	CAP
N. PROTOCOLLO DELLA SPERIMENTAZIONE/ N. EDUDRACT			
PROTOCOLLO DELLA SPERIMENTAZIONE			

### 3. Notizie di carattere generale

DECORRENZA - DATA	SCADENZA - DATA
MASSIMALE PER SOGGETTO	MASSIMALE AGGREGATO PER L'INTERA DURATA
FRANCHIGIA PER SINISTRO	NAZIONE/I IN CUI SI SVOLGE LA SPERIMENTAZIONE
NUMERO DI CENTRI DA ASSICURARE COINVOLTI NELLA SPERIMENTAZIONE**	**IN CASO DI PIÙ CENTRI DA ASSICURARE, INDICARE INDIRIZZO E NUMERO DI PAZIENTI COINVOLTI
**IN CASO DI PIÙ CENTRI DA ASSICURARE, INDICARE INDIRIZZO E NUMERO DI PAZIENTI COINVOLTI	**IN CASO DI PIÙ CENTRI DA ASSICURARE, INDICARE INDIRIZZO E NUMERO DI PAZIENTI COINVOLTI
NUMERO TOTALE DEI SOGGETTI	ETÀ DEI SOGGETTI O INTERVALLO
STATO DI SALUTE DEI SOGGETTI (BUONA SALUTE / AFFETTI DA PATOLOGIA / TERMINALI)	
PRODOTTO/PRINCIPIO ATTIVO OGGETTO DELLA SPERIMENTAZIONE	PRODOTTO/PRINCIPIO ATTIVO GIÀ IN COMMERCIO? IN CASO AFFERMATIVO INDICARE NOME

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

FASE DELLA SPERIMENTAZIONE	SPERIMENTAZIONE PROFIT O NO PROFIT?
OBIETTIVO DELLA SPERIMENTAZIONE	

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

#### 4. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

##### 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 penale o deontologica 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

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.**

#### 5. Premio

Il premio convenuto sarà riferito all'intero periodo di validità del contratto purché tali danni si siano manifestati non oltre 24 mesi dal termine della Sperimentazione e/o della presente Polizza, e per essi sia stata presentata Richiesta di Risarcimento non oltre 36 mesi dal termine della Sperimentazione stessa.

Il pagamento del Premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- sistemi di pagamento elettronico, assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

#### 6. 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 di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa 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», ovvero basato sulla Richiesta di Risarcimento del terzo danneggiato, la copertura si intende valida e operante per i danni provocati da fatti verificatisi durante il periodo di validità del contratto, purché tali danni si siano manifestati non oltre 24 mesi dal termine della Sperimentazione e/o della presente Polizza, e per essi sia stata presentata Richiesta di Risarcimento non oltre 36 mesi dal termine della Sperimentazione stessa.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del Fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

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 D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

### **SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € \_\_\_\_\_
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

#### C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_
- Data dell'evento: \_\_\_\_\_
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: \_\_\_\_\_
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: \_\_\_\_\_
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato  si  no
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: \_\_\_\_\_%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

#### D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicare l'imputazione e la fase del procedimento:

 SI

 NO

Se sì:  
Imputazione: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

Stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) \_\_\_\_\_
- Patteggiamento (specificare) \_\_\_\_\_
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



- 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?

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale;   | <input type="checkbox"/> Infortuni;  |
| <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? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto  | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> 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