

Spettabile

Spettabile

Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust International

Agenzia Generale AmTrust Assicurazioni

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 intermediate.

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

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 del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

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.

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 costituire 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 _____

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **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 del servizio offerto 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/assicurato