



**GAVA BROKER**

With Commercial Trademark

**Conviene** online.it

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

RESPONSABILITÀ CIVILE  
PROFESSIONALE



BIOLOGO

CONVENZIONE

**Enpab**

Ente Nazionale di  
Previdenza e Assistenza  
a favore dei Biologi

## RCP BIOLOGO CONVENZIONE ENPAB

### IL CONTRAENTE / ASSICURATO - INFORMAZIONI GENERALI

#### COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE:

<b>Indirizzo:</b> <b>Provincia:</b> <b>Codice Fiscale:</b> <b>Comune di Nascita:</b> <b>Data di Nascita:</b> <b>Anno di inizio Attività:</b> <b>Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del:</b> <b>Indirizzo email:</b>	<b>Località:</b> <b>CAP:</b> <b>Partita IVA:</b> <b>Provincia:</b> <b>N. ed Anno di Iscrizione all'Albo:</b> <b>Iscritto all'Albo della provincia di:</b> <b>Forma Giuridica:</b> <b>(in caso di società)</b> <b>Numero di cellulare:</b>
--	---

### INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE (se diversi dal Contraente)

N.	Cognome e Nome	Codice Fiscale	N. ed Anno di Iscrizione all'Albo	Anno Inizio Attività

### DETTAGLIO FATTURATO Attività

	Nel passato esercizio	Stima per l'esercizio corrente
Attività Ordinaria	€	€

## ATTIVITA' E FUNZIONI

Attività Attualmente Svolta in qualità di:		
BIOLOGO Libero Professionista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
BIOLOGO Libero professionista e dipendente di struttura pubblica Se SI indicare l'ente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
BIOLOGO Libero professionista e dipendente di struttura privata Se SI indicare l'azienda:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Specializzazione Professionale (si possono barrare più specializzazioni)		
Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo Controllo Igiene, Sicurezza e Qualità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo Ambientale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo Beni Culturali e Restauro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo Laboratorista ( <b>ESCLUSA</b> genetica- <b>SENZA</b> fecondazione in vitro)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo di Laboratorio <b>CON</b> specializzazione in genetica e fecondazione in vitro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo multispecializzato con <b>ESCLUSIONE</b> della genetica e della fecondazione in vitro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo multispecializzato <b>COMPRESA</b> l'attività della genetica e della fecondazione in vitro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo specializzato in Diagnostica (immunologica-batteriologicala-diagnosi cliniche)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo specializzato in Biochimica Clinica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo specializzato in Patologia Clinica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Biologo specializzato in Genetica <b>CON</b> fecondazione assistita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

Per le attività e funzioni di seguito elencate indicare "SI" se interessati considerando che alcuni assicuratori le includono gratuitamente mentre altri assicuratori le rilasciano con un aumento di premio.

Danni alle attrezzature di laboratorio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Direttore Sanitario Presso (indicare nome Struttura Sanitaria):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Commissario di Gara	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Componente Organismo di Mediazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spese Ripristino Reputazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
R.C. Patrimoniale nell'esercizio di Funzioni/Cariche Pubbliche ( <b>compresi incarichi presso l'Ordine</b> , specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE con esclusione del:

- Biologo di Laboratorio con specializzazione in genetica e fecondazione in vitro
- Biologo Genetista

Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti ad Attività di Analisi Genetiche?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

## DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente dichiara di generare un fatturato superiore al 25% di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## MASSIMALE RICHIESTO

- € 1.000.000 per sinistro e € 3.000.000 per anno assicurativo  
(Massimali previsti solo per Lloyd's e Accredited) o
- €2.000.000 per sinistro e €6.000.000 per anno assicurativo  
(Massimali previsti solo per Accelerant) o
- €3.000.000 per sinistro e €6.000.000 per anno assicurativo  
(Massimali previsti solo per AmTrust e per la sola attività di BIOLOGO Genetista CON fecondazione assistita) o
- €5.000.000 per sinistro e €15.000.000 per anno assicurativo  
(Massimali previsti solo per Accelerant)

## RETROATTIVITA' RICHIESTA

- 10 anni (compresa)     Illimitata (aumento del 20% o del 25%)

Postuma Prevista: 10 anni

## INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se SI compilare i campi seguenti</i>
Compagnia:	Data di Scadenza:	
Data di Inizio:	Retroattività:	
Massimale:	N. di anni di copertura precedente continua:	
Franchigia:	Premio Pagato:	

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

<b>Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti, si prega di compilare la **SCHEDA SINISTRI** posta in fondo al presente documento e di allegare la documentazione disponibile.

# DICHIARAZIONI

**Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario o Modulo di Proposta, dichiara:**

- **di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;**
- **che le informazioni contenute nel presente Questionario o Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Questionario o Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto Glossario e Condizioni di Assicurazione che regolano il Contratto e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della Polizza;**
- **di aver ricevuto il DIP e il DIP Aggiuntivo componenti il set informativo come previsto dal Regolamento IVASS 41/2018;**
- **di aver ricevuto la Copia del Modello unico Precontrattuale per i prodotti assicurativi (MUP 3) ai sensi dell'Art.56 comma 8, Regolamento IVASS 40/2018;**
- **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della GAVA BROKER S.r.l.;**
- **di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

**NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>**

-----

**FIRMA QUI >>**

**DATA >>>**

-----

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è GAVA BROKER S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

## IMPORTANTE

GAVA BROKER S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

## VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

<p><b>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:</b></p>	<p><b>Nell'esercizio della propria professione</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.</b></p>	<p><b>Ho letto e compreso</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>Esistenza di altre coperture assicurative su:</b></p>	<p><b>Responsabilità Civile</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Infortuni</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Malattia</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Incendio</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Furto</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Cauzioni</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Previdenza</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Multi rischi in genere</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Tutela legale</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Trasporti</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Auto</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p><b>Nessuna</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>Altro</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	

**Quali sono le sue esigenze assicurative?**

**Premorienza**

SI     NO

**Veicoli**

SI     NO

**Redditi/Finanziamenti**

SI     NO

**Tenore di vita/Patrimonio**

SI     NO

**Beni**

SI     NO

**Responsabilità civile professionale**

SI     NO

**Viaggi**

SI     NO

**Tutela legale**

SI     NO

**Infortuni**

SI     NO

**FIRMA QUI >>** \_\_\_\_\_

**DATA >>>** \_\_\_\_\_

## SCHEMA SINISTRO

<b>DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO</b>
Cognome Nome o Ragione Sociale:
Partita IVA o Codice Fiscale:

<b>DATI SINISTRO</b>
Data dell'evento lesivo origine del sinistro/circostanza (gg/mm/aa): ____/____/____
Data della ricezione della notifica (gg/mm/aa): ____/____/____
Ammontare della richiesta risarcitoria: €

Dati del reclamante / danneggiato (Cognome Nome e/o Ragione Sociale):
Ruolo svolto / incarico ricevuto dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro:

<b>Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza</b>

Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):

Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:

<b>PROCEDIMENTO GIUDIZIALE</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Procedimento Civile – Stato	<input type="checkbox"/> Iniziale	<input type="checkbox"/> Definito con Sentenza di assoluzione
	<input type="checkbox"/> Definito con Sentenza di condanna	<input type="checkbox"/> Definito con Accordo Transattivo
Procedimento Penale	Imputazione:	Stato: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso

<b>STATO DEL SINISTRO</b>	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

Indicare la <b>Riserva</b> predisposta dall'assicuratore precedente: €			
Stato dell'arte del sinistro?	<input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Chiuso	<input type="checkbox"/> Liquidato €...
Se Chiuso indicare motivazione	<input type="checkbox"/> senza seguito	<input type="checkbox"/> nessuna responsabilità	<input type="checkbox"/> sentenza
	<input type="checkbox"/> mediazione	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	

<b>Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?</b>			
Sviluppo di attività di analisi, registrazione e reporting	Riesame periodico e costante dell'efficacia e dell'efficienza dei metodi di controllo applicati	Rafforzamento dei processi di pianificazione strategica	Training del personale
Sviluppo di procedure uniformi per lo svolgimento delle prestazioni professionali	Redistribuzione dei ruoli e delle responsabilità	Altro (specificare) -	Nessuna