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

Modulo di Proposta/Questionario

RCP BIOLOGO
CONVENZIONE ENPAB

IL CONTRAENTE / ASSICURATO - INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE:	
Indirizzo:	**Località:**
Provincia:	**CAP:**
Codice Fiscale:	**Partita IVA:**
Comune di Nascita:	**Provincia:**
Data di Nascita:	**N. ed Anno di Iscrizione all'Albo:**
Anno di inizio Attività:	**Iscritto all'Albo della provincia di:**
Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del:	**Forma Giuridica: (in caso di società)**
Indirizzo email:	**Numero di cellulare:**

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	☐ **SI** ☐ **NO**
BIOLOGO Libero professionista e dipendente di struttura pubblica Se SI indicare l'ente:	☐ **SI** ☐ **NO**
BIOLOGO Libero professionista e dipendente di struttura privata Se SI indicare l'azienda:	☐ **SI** ☐ **NO**
Specializzazione Professionale (si possono barrare più specializzazioni)	
Biologo Nutrizionista	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo Controllo Igiene e Qualità	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo Ambientale	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo Beni Culturali e Restauro	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo Laboratorista (non genetici-non fecondazione in vitro)	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo specializzato in Diagnostica (immunologica-batteriologica)	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo con ESCLUSIONE della genetica e della fecondazione in vitro	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo di Laboratorio con specializzazione in genetica e fecondazione in vitro	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo specializzato in Biochimica Clinica	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo specializzato in Patologia Clinica	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo SENZA fecondazione assistita	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo CON specializzazione in genetica e fecondazione assistita	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo CON fecondazione assistita	☐ **SI** ☐ **NO**
Biologo con altre specializzazioni/Attività:_____	☐ **SI** ☐ **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	☐ **SI** ☐ **NO**
Direttore Sanitario Presso (indicare nome Struttura Sanitaria):	☐ **SI** ☐ **NO**
Commissario di Gara	☐ **SI** ☐ **NO**
Componente Organismo di Mediazione	☐ **SI** ☐ **NO**
R.C. della Conduzione dello Studio	☐ **SI** ☐ **NO**
Spese Ripristino Reputazione	☐ **SI** ☐ **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**?	☐ **SI** ☐ **NO**

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE
Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	☐ **SI** ☐ **NO**
Il Proponente dichiara di generare un fatturato **superiore al 25%** di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	☐ **SI** ☐ **NO**

MASSIMALE RICHIESTO

☐ **€ 1.000.000 per sinistro e € 3.000.000 per anno assicurativo o**

☐ **€ 2.000.000 per sinistro e € 6.000.000 per anno assicurativo o**

☐ **€ 5.000.000 per sinistro e € 15.000.000 per anno assicurativo**

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?	☐ **SI** ☐ **NO** *Se SI compilare i campi seguenti*
Compagnia:	**Data di Scadenza:**
Data di Inizio:	**Retroattività:**
Massimale:	**N. di anni di copertura precedente continua:**
Franchigia:	**Premio Pagato:**

INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	☐ **SI** ☐ **NO**
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?	☐ **SI** ☐ **NO**
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?	☐ **SI** ☐ **NO**
Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?	☐ **SI** ☐ **NO**

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 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 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 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 cosi 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 >>>

_ _ _ _

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:	**Nell'esercizio della propria professione** ☐ **SI** ☐ **NO**
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.	**Ho letto e compreso** ☐ **SI** ☐ **NO**
Esistenza di altre coperture assicurative su:	**Responsabilità Civile** ☐ **SI** ☐ **NO**
	Infortuni ☐ **SI** ☐ **NO**
	Malattia ☐ **SI** ☐ **NO**
	Incendio ☐ **SI** ☐ **NO**
	Furto ☐ **SI** ☐ **NO**
	Cauzioni ☐ **SI** ☐ **NO**
	Previdenza ☐ **SI** ☐ **NO**
	Multi rischi in genere ☐ **SI** ☐ **NO**
	Tutela legale ☐ **SI** ☐ **NO**
	Trasporti ☐ **SI** ☐ **NO**
	Auto ☐ **SI** ☐ **NO**
	Nessuna ☐ **SI** ☐ **NO**
	Altro ☐ **SI** ☐ **NO**

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 >>>** _____ ___

SCHEDA SINISTRO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO
Cognome Nome o Ragione Sociale:
Partita IVA o Codice Fiscale:

DATI SINITRO
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:
Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):
Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:

PROCEDIMENTO GIUDIZIALE	□ SI	□ NO	
Procedimento Civile – Stato	□ Iniziale	□ Definito con Sentenza di assoluzione	
	□ Definito con Sentenza di condanna	□ Definito con Accordo Transattivo	
Procedimento Penale	Imputazione:	Stato: □ Aperto	□ Chiuso

STATO DEL SINISTRO	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?	□ SI	□ NO

Indicare la **Riserva** predisposta dall'assicuratore precedente: €			
Stato dell'arte del sinistro?	□ Aperto	□ Chiuso	□ Liquidato €…
Se Chiuso indicare motivazione	□ senza seguito	□ nessuna responsabilità	□ sentenza
	□ mediazione	□ altro (specificare):	

Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?			
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

FIRMA QUI >>_ DATA >>>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _