



Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Podologo	<input type="checkbox"/>
Biologo	<input type="checkbox"/>	Pranoterapeuta	<input type="checkbox"/>
Bionaturopata	<input type="checkbox"/>	Psicologo	<input type="checkbox"/>
Chinesiterapeuta	<input type="checkbox"/>	Psicologo del Lavoro	<input type="checkbox"/>
Chiropratico	<input type="checkbox"/>	Riflessologo	<input type="checkbox"/>
Cosmetologo	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audiologo	<input type="checkbox"/>
Dietista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Audiometrista	<input type="checkbox"/>
Erborista	<input type="checkbox"/>	Tecnico Camera Iperbarica	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e	<input type="checkbox"/>
Igenista Dentale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	<input type="checkbox"/>
Infermiere Professionale NON Ostetrico	<input type="checkbox"/>	Tecnico di Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Logopedista	<input type="checkbox"/>	Tecnico nell'alimentazione Dietetica	<input type="checkbox"/>
Massaggiatore	<input type="checkbox"/>	Tecnico Neurofisiopatologo	<input type="checkbox"/>
Naturopata	<input type="checkbox"/>	Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/>
Odontotecnico	<input type="checkbox"/>	Tecnico Radiologo	<input type="checkbox"/>
Ortottista	<input type="checkbox"/>	Terapista Audiometrico	<input type="checkbox"/>
Osteopata	<input type="checkbox"/>	Terapista Neurologico e Psicomotorio	<input type="checkbox"/>
Pedagogo	<input type="checkbox"/>	Terapista Occupazionale	<input type="checkbox"/>
Perfusionista	<input type="checkbox"/>	Terapista Shiatsu	<input type="checkbox"/>
		Tossicologo Ambientale	<input type="checkbox"/>

**04. CONDIZIONI DI POLIZZA:** indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO :**

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 250,000	<input type="checkbox"/>	EUR 1,500,000	<input type="checkbox"/>
EUR 500,000	<input type="checkbox"/>	EUR 2,000,000	<input type="checkbox"/>
EUR 750,000	<input type="checkbox"/>	EUR 2,500,000	<input type="checkbox"/>
EUR 1,000,000	<input type="checkbox"/>	EUR 5,000,000	<input type="checkbox"/>

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA':** indicare il periodo di retroattivit  richiesta:

Numero anni richiesto: \_\_\_\_\_

(c) **RINNOVO AUTOMATICO - Si richiede eliminazione della proroga automatica del contratto prevista in polizza ?** Si  No

**05. SINISTROSITA' PREGRESSA:**

(a) **Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilit  civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?**

SI

NO

(b) **Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilit  civile, penale o deontologica del proponente? – Is the Proposer aware of any act which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an insurance of this type?**

SI

NO

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");  
\_\_\_\_\_
2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;  
\_\_\_\_\_
3. Indicazione dei profili di responsabilit  accertati, presunti o presumibili;  
\_\_\_\_\_

## 06. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara:

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- d. che, se fra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):

Qualifica:

### **POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "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.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- 3 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 4 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 22	Clausola Broker/Agente

Firma:

Data:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP (ora IVASS).

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):