

Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's di Londra – Enrico Bertagna

**Direzione Generale e Sede Legale: 20135 Milano, Via Sigieri 14 - Tel. 02/55193121 - Telex 332204 LLOYDS -**

Telefax 02/55193107 Indirizzo telegrafico LLOYD'S MILANO - Autorizzazione all'esercizio delle Assicurazioni concessa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 2 luglio 1986 (G.U. 7.7.1986 n. 155) CCIAA 1392364 – Iscrizione al Tribunale di Milano n. 325307/8089/7 - Cod. Fisc. 07585850584 - Part. IVA 10655700150

## MODULO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI SANITARI NON MEDICI

### PROPOSAL FORM FOR THE INSURANCE OF THE PROFESSIONAL INDEMNITY OF NON MEDICAL PROFESSIONAL PERSONS

Con riferimento al Binder gestito dalla **AEC S.p.A.** domiciliata in Piazza delle Muse, 7- 00197 - Roma, con la presente si chiede l'emissione della copertura sulla base delle seguenti informazioni e dichiarazioni:

1	<p>NAME OF PROPOSER (Nome del Proponente) .....</p> <p>.....</p> <p>ADRESS (Indirizzo) .....</p> <p>(CAP e Città) .....</p> <p>(P.IVA/Codice Fiscale) .....</p>										
2	<p>PROFESSIONAL ACTIVITY:- .....</p> <p>(Attività professionale esercitata- Breve descrizione) .....</p>										
3	<p>PLEASE STATE GROSS FEES BILLED FOR EACH OF THE LAST THREE COMPLETED FINANCIAL YEARS FOR THE INSURED- (Fornire l'ammontare degli introiti lordi degli ultimi 3 anni <u>dell'Assicurato</u>)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Year (Anno di riferimento)</th> <th style="text-align: center;">GROSS FEES (Valore complessivo in Euro)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>2003</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>2004</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>2005</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Stima 2006</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Year (Anno di riferimento)	GROSS FEES (Valore complessivo in Euro)	<b>2003</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>Stima 2006</b>	
Year (Anno di riferimento)	GROSS FEES (Valore complessivo in Euro)										
<b>2003</b>											
<b>2004</b>											
<b>2005</b>											
<b>Stima 2006</b>											

<b>4</b>	<p><b>PROFESSIONALS FORMING THE PARTNERSHIP</b> (Professionisti che formano lo studio)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: center;">Name (Nome)</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Qualifications (Qualifica professionale)</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Date Qualified (Data di Iscrizione all'Ordine)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>TOTAL NUMBER OF PERSONS, INCLUDING PARTNERS, EMPLOYEES, CONSULTANTS</b> (Numero totale di addetti, compresi soci, dipendenti, collaboratori a progetto) .....</p>	Name (Nome)	Qualifications (Qualifica professionale)	Date Qualified (Data di Iscrizione all'Ordine)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Name (Nome)	Qualifications (Qualifica professionale)	Date Qualified (Data di Iscrizione all'Ordine)														
.....	.....	.....														
.....	.....	.....														
.....	.....	.....														
.....	.....	.....														
<b>5</b>	<p><b>IS THE PROPOSER MEMBER OF ANY CATEGORY REGISTERED ASSOCIATION?; IF SO, WHICH? :</b> (Il Proponente dichiara di essere iscritto ad un'Associazione di categoria? Se sì, quale? )</p> <p>.....</p>															
<b>6</b>	<p><b>HAS THE PROPOSER PREVIOUSLY PROPOSED FOR OR BEEN INSURED BY A PROFESSIONAL INDEMNITY POLICY?</b> (Il Proponente ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale)</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>IF YES / (se sì):</p> <p>a) <b>WITH WHOM?</b> (Compagnia) .....</p> <p>b) <b>LIMIT</b> (Massimali) € .....</p> <p>c) <b>TYPE OF NSURANCE</b> (Tipo di garanzia) claims made <input type="checkbox"/>    occurence <input type="checkbox"/></p> <p>d) <b>EXPIRY DATE</b> (Data di scadenza) .....</p> <p>e) <b>INCEPT DATE</b> (Data di inizio) .....</p> <p>f) <b>N° OF YEARS CONTINUOUS PREVIOUS INSURANCE</b> (n° di anni di copertura precedente continua) .....</p> <p>g) <b>HAS ANY SUCH PROPOSAL BEEN DECLINED</b> (E' stata mai rifiutata la proposta)</p> <p style="text-align: right;">If "yes" please provide details:- .....      Yes <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/> (Se si fornire dettagli)</p> <p>h) <b>IF THE PROPOSER HAS NOT BEEN INSURED IN THE PAST, DOES HE REQUIRE COVERAGE FOR THE PAST ACTIVITY?</b> Se non si è stati assicurati in passato, il Proponente richiede la copertura dell'attività svolta precedentemente?:</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p><b>IF YES, FOR HOW MANY YEARS?</b> (Se sì per quanti anni?):</p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> anni</p>															

7	<p>AMOUNT OF INDEMNITY REQUIRED:- (Ammontare del Massimale richiesto)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> € 250.000                      <input type="checkbox"/> € 500.000                      <input type="checkbox"/> € 750.000                      <input type="checkbox"/> € 1.000.000  <input type="checkbox"/> € 1.500.000                      <input type="checkbox"/> € 2.000.000                      <input type="checkbox"/> € 3.000.000         </p>
8	<p>IS THE PROPOSER <u>AFTER ENQUIRY</u> AWARE OF:- (Dopo attento esame, il Proponente è a conoscenza di:)</p> <p>a) ANY COSTS INCURRED BY THEM OR ANY CLAIM MADE AGAINST THEM FOR PROFESSIONAL NEGLIGENCE, ERROR OR OMISSION (SUCCESSFUL OR OTHERWISE) IN THE LAST FIVE YEARS? (Spese sostenute o richieste di sinistro relative a errori, omissioni o negligenze professionali accettate o respinte negli ultimi 5 anni)</p> <p>Yes <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p>If "yes" please provide attached claim form:- (Se si compilare scheda sinistro allegata)</p> <p>b) ANY CIRCUMSTANCE OR EVENT WHICH MIGHT GIVE RISE TO A CLAIM AGAINST THEM FOR PROFESSIONAL NEGLIGENCE, ERROR OR OMISSION? (Circostanze o eventi che possano dare origine a sinistri per errori, omissioni o negligenze professionali)</p> <p>Yes <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p>If "yes" please provide attached claim form:- (Se si compilare scheda sinistro allegata)</p>
9	<p>DECLARATION (Dichiarazione)</p> <p>I, being an authorized representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.</p> <p>(Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti di cui al punto 2 del presente questionario dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza)</p> <p>Signed on behalf of Proposer ..... (Firmato in nome del Proponente)</p> <p>Name ..... Position .....</p> <p>Date .....</p>

**La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 della legge 30 Giugno 2003 n.196.**

**Inviare a:**

**ASSIMEDICI Viale di Porta Vercellina 20 - 20123 Milano**

**Tel. +39.02.48.00.46.77 R.A., Fax. +39.02.48.00.94.47**



## NOTA INFORMATIVA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto sarà concluso con alcuni Assicuratori dei Lloyd's, la cui Rappresentanza generale per l'Italia è situata in Via Sigieri, 14 –20135 Milano.

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

#### - LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 122 del decreto legislativo n. 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

#### - RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami, con sede in Milano – Via Sigieri, 14 - Tel. 02 55193121, Telefax 02 55193107, E-mail [servizioclienti@lloyds.it](mailto:servizioclienti@lloyds.it)).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dal Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### - TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**L'assicurando dichiara di aver ricevuto la nota informativa e di averla letta attentamente prima di procedere alla sottoscrizione**

**Data**

**Firma dell'Assicurando**

---

---