

sara
divisione ala

- a. E' indispensabile compilare tutti i campi sotto riportati e rispondere a tutte le domande contenute nel presente documento;
- b. qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati, datati e firmati, indicando i rimandi del caso.

- c. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato saranno prese a fondamento del contratto e ne costituiranno parte integrante;
- d. le dichiarazioni inesatte e le reticenze del proponente/assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio 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;
- e. l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita in Polizza;
- f. terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Compagnia e nessun Sinistro potrà esser a questa denunciato.

Ragione sociale Contraente polizza
Data di costituzione struttura
Sede legale – Via/Piazza n.....
Cap Comune Prov.....
Tel. Fax
E-mail / PEC
Partita Iva _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Sede Principale / Operativa – Via/Piazza n.....
Cap Comune Prov.....
Sedi Secondarie – Via/Piazza n.....
Cap Comune Prov.....
Sedi Secondarie – Via/Piazza n.....
Cap Comune Prov.....
Indicare il nominativo del Direttore Sanitario

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



FATTURATO COMPLESSIVO

ANNO	CONSEGUITO	PREVENTIVATO
PROSSIMO		
IN CORSO		
I° PRECEDENTE		
II° PRECEDENTE		
III° PRECEDENTE		

SITUAZIONE ASSICURATIVA

Sono in corso altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza alla data di compilazione del presente Modulo ?

☐ NO

☐ SÌ (compilare quanto segue)

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per sinistro €		Massimale per evento €
Franchigia €		Premio €

PRECEDENTI ASSICURATIVI

È mai stato assicurato per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

☐ NO

☐ SÌ indicare da quanti anni e riportare gli estremi delle polizze delle ultime 3 annualità

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €		Massimale in aggregato annuo €
Franchigia €		Premio lordo €

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €		Massimale in aggregato annuo €
Franchigia €		Premio lordo €

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €		Massimale in aggregato annuo €
Franchigia €		Premio lordo €

Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

☐ NO

☐ SÌ (compilare quanto segue)

Con quali motivazioni?
Da quale/i Compagnia/e?

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



ATTIVITÀ

SELEZIONARE IL/I CODICE/I ATECO CORRISPONDENTE/I ALLA/E ATTIVITÀ SVOLTE NELLA STRUTTURA

	Codice ATECO		Categoria di rischio
ALTO RISCHIO			
☐	86.22.01	Prestazioni sanitarie svolte da chirurghi	A
☐	86.22.03	Attività dei centri di radioterapia	A
☐	86.22.04	Attività dei centri di dialisi	A
☐	86.22.06	Centri di medicina estetica	A
☐	86.23.00	Attività degli studi odontoiatrici	A
☐	86.90.11	Laboratori radiografici	A
☐	86.90.42	Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari	A
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria A (rispetto al totale)			%
MEDIO RISCHIO			
☐	86.10.30	Istituti e cliniche	B
☐	86.22.09	Altri studi medici specialistici e poliambulatori	B
☐	86.90.12	Laboratori di analisi cliniche	B
☐	86.90.13	Laboratori di igiene e profilassi	B
☐	86.90.21	Fisioterapia	B
☐	86.90.41	Attività degli ambulatori tricologici	B
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria B (rispetto al totale)			%
MEDIO - BASSO RISCHIO			
☐	86.10.20	Case di cura specialistiche	C
☐	86.21.00	Servizi degli studi medici di medicina generale	C
☐	86.22.02	Ambulatori e poliambulatori del Servizio Sanitario Nazionale	C
☐	86.22.05	Studi di omeopatia e di agopuntura	C
☐	87.20.00	Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	C
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria C (rispetto al totale)			%
BASSO RISCHIO			
☐	86.10.10	Case di cura generiche	D
☐	86.10.40	Case di cura per lunga degenza	D
☐	86.90.29	Altre attività paramediche indipendenti	D
☐	86.90.30	Attività svolta da psicologi	D
☐	87.10.00	Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani	D
☐	87.30.00	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	D
☐	87.90.00	Altre strutture di assistenza sociale residenziale	D
☐	88.10.00	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	D
☐	88.91.00	Servizi di asili nido; assistenza diurna per minori disabili	D
☐	87.99.00	Altre attività di assistenza sociale non residenziale	D
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria D (rispetto al totale)			%

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



INDICARE EVENTUALI ATTIVITÀ NON RIPORTATE NELL'ELENCO E LA PERCENTUALE (RISPETTO AL TOTALE):

.....

.....

GARANZIE ASSICURATIVE RICHIESTE

Massimale per sinistro e per anno assicurativo:

☐ Euro 1.000.000,00
☐ Euro 3.000.000,00
☐ Euro 5.000.000,00

Franchigia per danni da morte o da lesioni a persone:

☐ Euro 1.500,00 per sinistro e per anno assicurativo
☐ Euro 5.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
☐ Euro 10.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento
☐ Euro 20.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento

Rimborso compensi in odontoiatria:

☐ NO
☐ SÌ (condizione addizionale soggetta a sopra-premio) 20% del premio di polizza, per fatturati fino Euro 1.000.000,00 10% del premio di polizza, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00

INFORMAZIONI SU COVID19

- 1) Il Proponente ha attuato le misure di prevenzione e protezione imposte dalle direttive nazionali e regionali o dalle Autorità competenti per l'emergenza Covid-19 ?
☐ NO
☐ SÌ (in caso affermativo indicare la data) _____
- 2) Il Proponente ha eseguito percorsi di formazione dedicati ai dipendenti ?
☐ NO
☐ SÌ
- 3) Il Proponente ha o ha avuto prestatori di lavoro positivi al Covid-19 ?
☐ NO
☐ SÌ (in caso affermativo indicarne il numero) _____
- 4) Il proponente ha avuto prestatori di lavoro deceduti per Covid-19 ?
☐ NO
☐ SÌ (in caso affermativo indicarne il numero) _____
- 5) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento da terzi per Covid-19 ?
☐ NO
☐ SÌ (in caso affermativo indicarne il numero) _____

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



6) Il proponente sospetta di ricevere richieste di risarcimento da terzi per Covid-19 ?

☐ NO

☐ SÌ (in caso affermativo fornire dettagli)

CLAUSOLA ESCLUSIONE RISCHIO COVID

OPERANTE PER TUTTE LE ATTIVITÀ ASSICURABILI, CON LA SOLA ESCLUSIONE DI QUELLE ODONTOIATRICHE

L'assicurazione non vale per responsabilità, perdita, costo o spesa derivante, risultante, causata da o in qualsiasi modo correlata a qualsiasi reale, presunta, sospetta o minacciata infezione da SARS CoV2 e qualsiasi mutazione o variazione di tali virus.

L'assicurazione non vale, inoltre, in caso di inefficacia delle misure adottate o di mancata adozione di misure volte a controllare, prevenire, contenere o comunque reagire alla reale, presunta, sospetta o minaccia di quanto descritto al precedente punto.

SINISTROSITÀ PREGRESSA

• Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 4 anni ?

☐ NO

☐ SÌ

• Sono note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 4 anni ?

☐ NO

☐ SÌ

In caso di risposta affermativa ad una od entrambe le domande, fornire le seguenti ulteriori informazioni:

Modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art. 696 c.p.c
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo
- ☐ Ricevimento di istanza di mediazione
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Altro (specificare):

Tipologia della pretesa risarcitoria:

☐ Decesso

☐ Altro (specificare):

Dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:

Luogo dell'evento:

Età del paziente:

Data dell'evento:

Tipologia specifica dell'intervento medico prestato:

Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente:

Chiamata in causa: ☐ della Struttura ☐ del personale sanitario ☐ di entrambi

Ulteriori dettagli:

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



Stato del sinistro

È in corso un procedimento penale ?

☐ **NO**

☐ **Sì indicare:**

Imputazione:

Stato e grado del procedimento:

Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indicare:

☐ Condanna a (specificare):

☐ Patteggiamento (specificare):

☐ Assoluzione Proscioglimento:

☐ Non luogo a procedere / Prescrizione

☐ Amnistia / indulto

☐ Decreto penale di condanna:

Qualora sia in corso un procedimento civile ovvero si sia concluso, in caso di accoglimento della domanda attorea indicare l'ammontare del danno liquidato e in caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, indicare lo stato attuale dello stesso:

RIEPILOGO SITUAZIONE SINISTRI

ANNO	N. SINISTRI LIQUIDATI	IMPORTO TOTALE SINISTRI LIQUIDATI	N. SINISTRI RISERVATI	IMPORTO SINISTRI RISERVATI	N. SINISTRI A RISERVA DI IMPORTO NON NOTO
IN CORSO					
I PRECEDENTE					
II PRECEDENTE					
III PRECEDENTE					

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Sara Assicurazioni S.p.A..

Infine, 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, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome:

Cognome:

Qualifica:

Luogo e data:

Timbro e firma:

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: 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 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 Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti 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 indagini 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

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente

Codice Fiscale/Partita Iva

Indirizzo/Sede Legale

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- | | |
|---|--|
| ☐ RC Professionale; | ☐ Infortunati; |
| ☐ Tutela Giudiziaria; | ☐ Altro |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- | | |
|---|---|
| ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? | ☐ SI - ☐ NO |
| ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? | ☐ SI - ☐ NO |
| ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le scadenze previste nel contratto? | ☐ SI - ☐ NO |
| ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto | ☐ SI - ☐ NO |

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e scadenze ivi previste.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

.....
L'intermediario

.....
Il contraente