



# GAVA BROKER

INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

RESPONSABILITÀ CIVILE  
PROFESSIONALE



---

BIOLOGO

---

CONVENZIONE



Ente Nazionale di  
Previdenza e Assistenza  
a favore dei Biologi



### 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

### ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario

Danni alle attrezzature di laboratorio (a pagamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Direttore Sanitario (a pagamento) Presso (indicare nome Struttura Sanitaria):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Commissario di Gara (a pagamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Componente Organismo di Mediazione (a pagamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
R.C. della Conduzione dello Studio (gratuita)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Spese Ripristino Reputazione (a pagamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente è a conoscenza che <b>l'Assicurazione non opera</b> per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti ad <b>Attività di Analisi Genetiche</b> ?	<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 <b>superiore al 25%</b> di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Massimale Richiesto:**

per sinistro                    ☐ € 1.000.000,00  
per anno assicurativo        € 3.000.000,00

**Retroattività Rilasciata:**    ☐ 10 anni (gratuita)                    ☐ Illimitata (a pagamento)

**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

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono stati chiusi e liquidati sinistri nei precedenti 12 mesi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 presente Contratto, contenuto nel Mod "CondPolIRCPAreaMedicaSenza" - Edizione 07-25 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- di aver ricevuto il DIP Mod. DIP Area Medica e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Area Medica - Edizione 07-25 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 HECA UNIPERSONALE 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 >>> -----

### Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " *Modello CondPoIRCPAreaMedicaSenza- Edizione 07-2025.*

- **Capitolo 1 – NORME COMUNI**  
**Articolo 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modulo di Proposta; Articolo 3 - Coesistenza di altre Assicurazioni; Articolo 6 - Cessazione e Rinnovo del Contratto; Articolo 7 - Modifiche / Cessione dell'Assicurazione; Articolo 8 - Aggravamento del rischio; Articolo 10 - Recesso in caso di sinistro; Articolo 14 - Foro competente e procedura di mediazione.**
- **Capitolo 2 – COSA È ASSICURATO. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**  
**Articolo 16 - Oggetto dell'Assicurazione - "Claims Made"; Articolo 17 - Condizioni relative al Periodo di Retroattività.**
- **Capitolo 3 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA SEMPRE OPERANTI**  
**Articolo 19 - Estensioni della Copertura Assicurativa.**
- **Capitolo 4 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA ACQUISTABILI SEPARATAMENTE**  
**Articolo 20 - Estensioni della Copertura Assicurativa a Pattuizione Espressa.**
- **Capitolo 5 – COSA NON È ASSICURATO. ESCLUSIONI**  
**Articolo 21 - Esclusioni; Articolo 22 - Casi di cessazione dell'Assicurazione.**
- **Capitolo 6 – NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**  
**Articolo 24 - Diritti e Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 26 - Vertenze ecostituite di difesa; Articolo 27 - Maggior Tempo per la notifica delle Richieste di Risarcimento; Articolo 28 - Diritto di Surrogazione; Articolo 29 - Massimale - Sotto Limiti di Indennizzo; Articolo 30 - Franchigia / Scoperto.**

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 Heca Unipersonale S.r.l.

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

## IMPORTANTE

Heca Unipersonale 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

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

<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> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità): <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>

<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

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

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