



GAVA BROKER
INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

RESPONSABILITÀ CIVILE
PROFESSIONALE



BIOLOGO

CONVENZIONE


Enpab

Ente Nazionale di
Previdenza e Assistenza
a favore dei Biologi



Marchio della Heca Srl, agenzia di sottoscrizione di
ACCREDITED INSURANCE (EUROPE) LIMITED

ACCREDITED INSURANCE (EUROPE) LIMITED

Sede Secondaria In Italia

Modulo di Proposta

RCP BIOLOGO
escluse analisi genetiche
CONVENZIONE ENPAB

IL CONTRAENTE / ASSICURATO - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome/Nome o Ragione Sociale	
Indirizzo:	Località:
Prov.:	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):
Tacito Rinnovo: NO	Indirizzo email:
	Numero di cellulare:

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE (se diversi dal contraente)

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

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

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 ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

DETAGLIO 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 superiore al 25% 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 Se si compilare i campi seguenti
Compagnia: Data di Inizio: Massimale: Franchigia:	Data di Scadenza: Retroattività: N. di anni di copertura precedente continua: 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 Personalii 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 diRetroattività.
- **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 ecostri 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 Personalii" (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

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

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	<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

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?	<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):	

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 >>>