



Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Biologi

Cognome e Nome (o denominazione in caso di studio associato o società) del Proponente:

.....

Indirizzo del Proponente:.....

Città:..... C.A.P.:..... Prov:.....

Codice fiscale: Partita IVA:.....

Cellulare:..... E-mail:.....

Mese ed anno di inizio attività¹:..... Data di nascita:..... N. iscrizione ONB:.....

Introiti anno precedente² (in caso di nuova attività indicare la stima dell'anno in corso):.....

Tipologia di Contraente: Libero Professionista Dipendente Azienda privata Società privata/St.Associato

Se "Dipendente Azienda Privata", indicare il nome dell'azienda di appartenenza:.....

In caso di studio associato o società, indicare le generalità di ciascun iscritto all'Albo:

Cognome e Nome	Numero di iscrizione all'Albo	Data di iscrizione all'Albo

1. Ambiti di attività:

Nutrizione
Igiene, Sicurezza & Qualità
Beni culturali

Laboratorio
Patologia clinica e Microbiologia
Ambiente

Biologia molecolare e Genetica
Procreazione assistita
Altro (specificare):

2. L'assicurato è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Sì No

Se "Sì", indicare:

Compagnia		Retroattività	
Massimale		Scoperti/Franchigie	
Data di scadenza		Premio Lordo Annuo	

Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni

3. Si esercita l'attività per imprese e/o società di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o di cui si sia direttamente o indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal C.C.?

Sì No

Se "Sì", fornire dettagli.....

4. Si svolge la propria attività anche in forma di volontariato?

Sì No

Se "Sì", indicare il nome della Struttura

il numero orientativo di ore annue

¹ Per inizio attività si intende il primo giorno di attività.

² Per introiti si intende

- Per i liberi professionisti: la somma delle fatture emesse (anche se non incassate) dal 1 gennaio al 31 dicembre dell'anno precedente al netto dell'IVA e dei contributi previdenziali
- Per i Dipendenti: lo stipendio annuo ricevuto dell'anno fiscale precedente
- Per le Società: l'ammontare dei ricavi dell'anno fiscale precedente

Condizioni di Polizza:

- ✓ Franchigia fissa per sinistro €500,00 per tutti i Dipendenti e per i Liberi Professionisti del settore di Nutrizione
- ✓ Franchigia fissa per sinistro €1.000,00 per i Liberi Professionisti di tutti i settori, con l'esclusione dei Nutrizionisti
- ✓ Retroattività dalla data di decorrenza della polizza
- ✓ Postuma per cessazione attività: 2 anni

Barrare l'opzione di premio a cui si è interessati (Premi annui lordi validi in assenza di sinistri negli ultimi 5 anni)

INTROITI	Biologi appartenenti ai settori: 1. Nutrizione 2. Igiene, Sicurezza & Qualità 3. Beni Culturali			Biologi appartenenti ai settori: 1. Laboratorio 2. Patologia & Microbiologia 3. Ambiente			Biologi appartenenti ai settori: 1. Biologia Molecolare & Genetica 2. Procreazione Assistita		
	MASSIMALE			MASSIMALE			MASSIMALE		
	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000
Da €0 Fino a € 30.000	€180,00	€260,00	€390,00	€234,00	€338,00	€487,50	€280,80	€405,60	€585,00
Fino a € 45.000	€220,00	€315,00	€475,00	€338,00	€481,00	€700,00	€405,60	€577,20	€840,00
Fino a € 60.000	€260,00	€370,00	€560,00						
Fino a € 90.000	€400,00	€520,00	€710,00	€520,00	€676,00	€887,50	€624,00	€811,20	€1.065,00

- In caso di attività svolta in diversi settori, sarà corrisposto un'unica volta il premio relativo al settore più costoso.
- Qualora l'assicurato eserciti l'attività da meno di 12 mesi, i premi verranno scontati del 10%.

Barrare le estensioni di garanzia aggiuntive a cui si è interessati

- Anni richiesti di retroattività 1 (+15%) 2 (+20%) 3 4 5 illimitata
- Conduzione Studio (RCT-RCO) - costo annuo lordo di €60,00
- Massimale superiore: €1.000.000,00 €1.500.000,00 €2.000.000,00 €3.000.000,00

Polizza Di Responsabilità' Civile nella forma CLAIMS MADE

L'Assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia volta a coprire le Richieste di Risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, a condizioni che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere per la prima volta in data posteriore alla data di Retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

Firma _____

Data: _____

Dichiarazione

(E' NECESSARIO BARRARE LE RISPOSTE)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi di:

- a) essere alla data odierna a conoscenza di richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi? **Sì** **No**
- b) essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento? **Sì** **No**
- c) aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio? **Sì** **No**
- d) aver reso sul presente modulo informazioni conformi a verità? **Sì** **No**
- e) aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP? **Sì** **No**

Firma _____

Data: _____