

### Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

- I. Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/ Assicurato.

#### Assicurato

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ENTE DI APPARTENENZA:	FUNZIONE/RUOLO/INCARICO:		
ISCRITTO ALLA SEGUENTE SIGLA SINDACALE / ASSOCIAZIONE:			
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N. <b>ITDMM16M0001795000000</b>			

#### Sezioni I, II, III e V

**Opzione scelta, Qualifica dell'Assicurato, massimale e relativo PREMIO LORDO ANNUO (il Premio Annuo Lordo indicato è valido per i soggetti proponenti che non abbiano avuto sinistri - così come definiti nelle diverse Sezioni del Fascicolo Informativo - riconducibili alle Sezioni I, II e III)**

**Avvertenza:** barrare con una X l'Opzione Scelta e l'attività svolta dall'Assicurato; qualora in uno o in più anni del Periodo di Retroattività l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

	Opzione Base	Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
<input type="checkbox"/>	<b>Sezione I Colpa Grave</b> Retroattività: 5 Anni Massimale: € 500.000	<input type="checkbox"/> Dirigente Medici di area chirurgica	€ <b>997,00</b>
		<input type="checkbox"/> Dirigente Medici di area non chirurgica	€ <b>897,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sezione II Tutela Legale</b> Retroattività: 2 Anni Massimale: € 15.000	<input type="checkbox"/> Specializzandi	€ <b>447,00</b>
		<input type="checkbox"/> Personale comparto Area Ostetrica	€ <b>447,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sezione III Colpa Lieve</b> Non operante	<input type="checkbox"/> Personale comparto non di Area Ostetrica	€ <b>247,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile</b> Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
<input type="checkbox"/>	<b>Sezione V Infortuni</b> Morte: € 50.000 Invalidità Permanente da Infortunio: € 50.000 Contagio 3Virus: € 50.000		

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto  
(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Opzione 1		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
<b>Sezione I Colpa Grave</b>	Retroattività: 5 Anni	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.155,00
	Massimale: € 1.500.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.055,00
<b>Sezione II Tutela Legale</b>	Retroattività: 2 Anni Penale e Civile e 5 anni Amministrativo/Contabile	Specializzandi	€ 545,00
	Massimale: € 15.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 545,00
<b>Sezione III Colpa Lieve</b>	Non operante	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 320,00
<b>Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile</b>	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
<b>Sezione V Infortuni</b>	Morte: € 75.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 75.000		
	Contagio 3Virus: € 75.000		

Opzione 2		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
<b>Sezione I Colpa Grave</b>	Retroattività: 10 Anni	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.405,00
	Massimale: € 3.000.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.295,00
<b>Sezione II Tutela Legale</b>	Retroattività: 2 Anni Penale e Civile e 5 anni Amministrativo/Contabile	Specializzandi	€ 655,00
	Massimale: € 20.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 655,00
<b>Sezione III Colpa Lieve</b>	Non operante	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 380,00
<b>Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile</b>	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
<b>Sezione V Infortuni</b>	Morte: € 100.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 100.000		
	Contagio 3Virus: € 150.000		

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Opzione 3		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
<b>Sezione I Colpa Grave</b>	Retroattività: Illimitata	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.700,00
	Massimale: € 3.000.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.590,00
<b>Sezione II Tutela Legale</b>	Retroattività: 5 anni	Specializzandi	€ 755,00
	Massimale: € 25.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 755,00
<b>Sezione III Colpa Lieve</b>	Inclusa	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 460,00
<b>Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile</b>	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
<b>Sezione V Infortuni</b>	Morte: € 150.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 150.000		
	Contagio 3Virus: € 200.000		

### Sezione IV (facoltativa)

**Opzione scelta, Qualifica dell'Assicurato, massimale, retroattività e relativo PREMIO LORDO ANNUO (il Premio Annuo Lordo indicato è valido per i soggetti proponenti che non abbiano avuto sinistri così come definiti nella Sezione IV del Fascicolo Informativo)**

**Avvertenza:** barrare con una X l'Opzione Scelta (N.B. sarà considerata la medesima attività svolta dall'Assicurato così come indicato per le Opzioni di cui alle Sezioni che precedono); qualora in uno o in più anni del Periodo di Retroattività l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

EUR 1.000.000 retro 5 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 420,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 375,00
Specializzandi	€ 220,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 220,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 181,00

EUR 1.000.000 retro 10 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 525,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 468,00
Specializzandi	€ 275,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 275,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 226,00

EUR 2.500.000 retro 5 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 582,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 517,00
Specializzandi	€ 297,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 297,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 258,00

EUR 2.500.000 retro 10 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 727,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 646,00
Specializzandi	€ 372,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 372,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 323,00

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

### **Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione I oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)**

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

#### **Richiesta di risarcimento:**

- la richiesta rivolta direttamente all'Assicurato o solidalmente con la struttura sanitaria pubblica solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- le comunicazioni dell'Amministrazione all'Assicurato circa richieste di risarcimento ricevute dalla stessa che nominativamente lo riguardano solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- qualsiasi comunicazione dell'Autorità Giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- l'azione di rivalsa della Struttura Sanitaria pubblica verso l'Assicurato esperita a seguito di condanna della Corte dei Conti;
- l'azione di surrogazione della Compagnia della Struttura Sanitaria Pubblica verso l'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- la domanda riparatoria avanzata dalla Corte dei Conti.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

### **Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti Sinistri/Casi Assicurativi attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione II oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)**

Indicare se, negli ultimi 5 anni, si sono generati Sinistri/Casi assicurativi a carico del Proponente / Assicurato, come definiti in Polizza e di seguito riepilogati oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

**Sinistro/Caso Assicurativo:** *Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia e/o il giudizio penale - per il quale è prevista l'assicurazione.*

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

### **DA COMPILARE SOLO IN CASO DI ADESIONE ALLA OPZIONE 3**

### **Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione III oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)**

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

#### **Richiesta di risarcimento:**

- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste all'Art. 1 della Sezione III del Fascicolo Informativo;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni

### **DA COMPILARE SOLO IN CASO DI ADESIONE ALLA SEZIONE IV**

### **Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione IV oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)**

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

### **Richiesta di Risarcimento:**

quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale la Pubblica Amministrazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

### **Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio attinente a ciascuna delle garanzie per le quali il Proponente/Assicurato richiede attivazione tramite compilazione del presente Modulo di Proposta**

Indicare se al Proponente/Assicurato siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica e/o imputazioni penali o sanzioni amministrative o controversie negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

### **Dichiarazioni del Proponente / Assicurato**

Il sottoscritto Assicurando dichiara altresì di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, quanto riportato nel Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali;

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ l'Assicurato \_\_\_\_\_

**Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurando dichiara:**

**1. Di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" per quanto alla garanzia prestata dalle Sezioni I, II, III e IV, a copertura dei Sinistri/Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività indicato nella Scheda di Polizza.**

**2. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Contratto:**

Articolo I - Oggetto del Contratto; Articolo II - Documentazione per gli Assicurati; Articolo III - Modulo di Proposta; Articolo IV - Premio e modalità di pagamento; Articolo V - Certificato di Assicurazione e documenti di rinnovo; Articolo VI - Durata del Contratto.

**3. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:**

Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12 della Condizioni di Assicurazione, Articoli 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 della Sezione I, Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della Sezione II, Articoli 1 e 2 della Sezione III, Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, e 10 della Sezione IV ed Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 e 14 della Sezione V

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ l'Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust Europe  
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited  
Sede Legale Market Square House  
St. James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Clerici 14 • 20121 Milano  
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •  
R.E.A. 1969043

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

### **SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO<sup>1</sup>**

*La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.*

#### **Dati Identificativi Proponente:**

COGNOME NOME	CODICE FISCALE
--------------	----------------

#### **Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alle Dichiarazioni del Proponente / Assicurato della proposta**

Indichi il Proponente / Assicurato la tipologia di Sinistro/Richiesta di risarcimento così come definita in Polizza, di cui lo stesso sia venuto a conoscenza negli ultimi 5 anni ed in particolare (barrare il caso attinente a quanto di seguito riportato):

#### **Sezione I – Colpa Grave**

##### **Richiesta di risarcimento:**

- la richiesta rivolta direttamente all'Assicurato o solidalmente con la struttura sanitaria pubblica solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- le comunicazioni dell'Amministrazione all'Assicurato circa richieste di risarcimento ricevute dalla stessa che nominativamente lo riguardino solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- qualsiasi comunicazione dell'Autorità Giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- l'azione di rivalsa della Struttura Sanitaria pubblica verso l'Assicurato esperita a seguito di condanna della Corte dei Conti;*
- l'azione di surrogazione della Compagnia della Struttura Sanitaria Pubblica verso l'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- la domanda riparatrice avanzata dalla Corte dei Conti.*

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI  NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI  NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI  NO

Descrizione Sinistro:

<sup>1</sup> La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui di cui alle Dichiarazioni del Proponente / Assicurato della proposta allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto  
(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

**Sezione II – Tutela Legale**

**Richiesta di risarcimento:**

**Sinistro/Caso Assicurativo:** *Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia e/o il giudizio penale - per il quale è prevista l'assicurazione.*

Descrizione Sinistro:

**Sezione III – Colpa Lieve** (da compilare solo in caso di adesione alla Opzione 3)

**Richiesta di risarcimento:**

- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste all'Art. 1 della Sezione III del Fascicolo Informativo;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI NO

Descrizione Sinistro:

## Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

### Sezione IV – Responsabilità Amministrativa e Contabile (da compilare solo in caso di adesione alla sezione IV)

#### **Richiesta di Risarcimento:**

quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale la Pubblica Amministrazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI NO

Descrizione Sinistro:

Indichi il Proponente / Assicurato la tipologia di azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio attinente a ciascuna delle garanzie:

Descrizione:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate: Numero pagine allegate: \_\_\_\_\_

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 AmTrust International Underwriters Limited.

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.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited  
Sede Legale Market Square House  
St. James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Clerici 14 • 20121 Milano  
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 • R.E.A.  
1969043