

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

1. Avviso importante

I. L'assicurando si impegna a fornire alla Società i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dall' Assicurando o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.

Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito Questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Assicurando, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio – ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose - 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.

II. Il presente Questionario per l'Assicurazione della Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' Assicurando.

2. Dati dell' Assicurando

CONTRAENTE	PARTITA I.V.A.*		
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° *	LOCALITÀ/COMUNE *	PROVINCIA *	CAP *

*Campi obbligatori

3. Dati relativi alla Sperimentazione Clinica

DECORRENZA - DATA	SCADENZA – DATA
NOME DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA	TITOLO DEL PROTOCOLLO ASSICURATO
PROMOTORE/SPONSOR DELLA SPERIMENTAZIONE	NUMERO DEL PROTOCOLLO/NUMERO EUDRACT:
FASE DELLA SPERIMENTAZIONE (OVE APPLICABILE)	TIPOLOGIA DI STUDIO
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> OSSERVAZIONALE <input type="checkbox"/> MEDICAL DEVICE <input type="checkbox"/> FARMACOLOGICO IN CASO DI MEDICAL DEVICE INDICARE CLASSE: _____
NUMERO DI SOGGETTI COINVOLTI	LO STUDIO È:
	<input type="checkbox"/> MONOCENTRICO <input type="checkbox"/> MULTICENTRICO
SE MULTICENTRICO INDICARE IL NUMERO ED ELENCO TOTALE DI CENTRI COINVOLTI:	PROFIT O NO PROFIT?
	<input type="checkbox"/> PROFIT <input type="checkbox"/> NO PROFIT
LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TERAPIE GENETICHE?	LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TERAPIE CELLULARI?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE TECNICHE INVASIVE/CHIRURGICHE?	LA SPERIMENTAZIONE PREVEDE RADIOFARMACI?
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
VERRANNO ARRUOLATE DONNE IN STATO DI GRAVIDANZA?	È PREVISTA SPERIMENTAZIONE SUI MINORI?
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO

Questionario

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Sperimentazioni Cliniche

LA SPERIMENTAZIONE SI SVOLGE IN PAESI DIVERSI DALL'ITALIA?	ALTRE INFORMAZIONI FORNITE DALL' ASSICURANDO
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	

**Nel caso di risposta affermativa alle domande contrassegnate con questo simbolo la quotazione non potrà essere rilasciata.*

4. Massimali

MASSIMALE PER SOGGETTO/PERSONA	MASSIMALE AGGREGATO PER L'INTERA DURATA DELL' ASSICURAZIONE (PER PROTOCOLLO)
1.000.000 €	<input type="checkbox"/> 5.000.000 € <input type="checkbox"/> 7.500.000 € <input type="checkbox"/> 10.000.000 €

"Le prestazioni assicurative per ciascun Soggetto/Persona saranno proporzionalmente ridotte qualora la somma dei singoli risarcimenti spettanti a tutti i Soggetti/Persones dovesse superare i detti massimali per l'intera durata dell'assicurazione. Le richieste di risarcimento che superano il limite previsto sono a carico del Contraente (promotore)"

5. Condizioni particolari

Indicare se si intende attivare la seguente garanzia: **CRO** SÌ NO

- Copertura Postuma*:
- D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 3 - 36 mesi)
 - D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 5 – 10 anni)
 - D.M. 14.07.09 (art. 1 comma 4)(indicare la durata della postuma richiesta)

**In caso di richiesta di copertura postuma eccedente quanto previsto dal D.M. 14.07.09 art. 1 commi 3 e 5 la Società si riserva di non rilasciare quotazione.*

Attenzione: Allegare sempre copia del Consenso informato che il paziente deve sottoscrivere con lo Sperimentatore prima di aderire al programma di Sperimentazione.

6. Dichiarazioni dell' Assicurando

1. L'Assicurando riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del Rischio.
2. L'Assicurando prende atto che la compilazione del presente Questionario NON impegna alla stipulazione della Polizza. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. **Preso visione Privacy per finalità assicurative.** Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
4. Il premio è dovuto per l'intera durata della Polizza, nonché in caso di proroga della stessa e sarà soggetto a regolazione al termine della Sperimentazione Clinica.
Il pagamento del premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
 - sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.
5. Sottoscrivendo il presente Questionario, La Società scrivente conferisce incarico esplorativo a Gruppo Laera srl alla ricerca della copertura assicurativa oggetto del questionario.

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Luogo e data della sottoscrizione li: _____, il: ___/___/___

Firma dell' Assicurando _____