

Assicurazione della Responsabilità Civile verso Terzi di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere

Proposta/Questionario

AVVISI IMPORTANTI

- I** E' nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio che proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro broker.
- II** Il proponente prende nota che la polizza che verrà emessa in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, potrebbe essere soggetta al **principio del cd. *claims made* in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento** di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate agli Assicuratori nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

* * *

I. Informazioni sul Proponente e sulla sua struttura
Information on the Proposer and its structure

1.1. Ragione Sociale / Full Name of the Authority:

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Pavia
 Viale Indipendenza n. 3 CAP 27100 Pavia
 P.I. 01748780184

1.2. Comuni e territorio di competenza/ Municipalities and regions managed:

L'intera provincia di Pavia (2.965 Km²) articolata in 190 Comuni

1.3. Vi siete accorpati o scorporati negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL?

Se Sì, si prega di fornire informazioni / Have you been merged or demerged in the last 5 years with/from a pre-existing Local Health Authority? If so please provide full details.

No

.....

1.4. Vi preghiamo di indicare le retribuzioni lorde del Vostro personale come segue:

Please state your employed staff gross wages as follows:

	Anno 2013	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2010
Personale sanitario/Medical	9.996.558,00	10.365.512,00	10.418.490,00	10.951.236,00
Altro/Other	19.853.097,00	19.994.309,00	19.645.804,00	20.251.556,00

1.5. Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? / Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months?

NO

1.6. Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? / Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?

NO

1.7. Vi preghiamo di fornire informazioni sugli ospedali di competenza come segue: Please provide full details of hospitals managed as follows:

NESSUN OSPEDALE DI COMPETENZA

Numero di ospedali/No of hospitals:

Numero di letti /No of beds:

Numero di sale operatorie/No of operating theatres:

Numero di reparti / No of wards:

Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno / Total number of patients admitted in the last year:.....

Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America, Canada e Messico? /Of these what percentage were from the USA, Canada and Mexico?.....

1.8. Vi preghiamo di fornire dettagli su:

Please provide full details of:

1.8.1 Dati sulla struttura

Information on

Specializzazione <i>Specialisation</i>	Nr. di letti <i>(Nr. of beds)</i>	Nr. Medici (Dipendenti dell'azienda - <i>(Employed Doctors)</i>	Nr. Medici Liberi professionisti <i>(Self-employed Doctors)</i>	Nr. Prestazioni chirurgiche <i>(surgical services)</i>	Nr. Prestazioni NON chirurgiche <i>(No surgical services)</i>
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident & Emergency</i>					
Astanteria <i>Reception Ward</i>					
Servizi ambulatoriali <i>Outpatient services</i>					
Totale <i>Total</i>					

1.8.1 Dati sul Personale

Information on Personnel

Nr. Personale Sanitario <i>(Clinical Personnel)</i>		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti Medici di cui <i>Managing Doctors of which:</i>	Totale medici 130	
Dipendenti dell'azienda <i>Employees</i>	94	9.263.595
Liberi professionisti <i>Self-employed</i>	36	732.963
Dirigenti Medici Veterinari <i>Managing Doctors Veterinaries</i>	41	3.271.922
Dirigenti Sanitari non Medici <i>Health Managers</i>	34	2.522.713
Personale Non Dirigente <i>Personal no Managing</i>		
Infermieri <i>Nurses</i>	115	3.112.849
Infermiere ostetriche <i>Midwives</i>		n. 19 Retribuzioni ricomprese in Infermieri
Tecnici di laboratorio <i>Laboratory technicians</i>	0	0
Farmacisti		n. 4 Retribuzioni ricomprese in Dirigenti

<i>Pharmacists</i>		sanitari non medici
Altro personale sanitario e di supporto <i>Other clinical support personnel</i>	85	2.320.380
Nr. Personale non sanitario <i>Non Clinical Personnel</i>		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti <i>Managers</i> di cui: <i>of which:</i>	Totale dirigenti 13	
Dirigenti Amministrativi <i>Administrative Managers</i>	5	353000
Dirigenti Tecnici <i>Technical Managers</i>	2	158141
Dirigenti Professionali <i>Professionals</i>	6	529500
Funzionari Apicali <i>Senior Employees</i>		
Altro Personale non Dirigente <i>Other Employees</i>	266	7584592
Retribuzione Totale <i>Total Wageroll</i>	684	29849655

1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia.

NESSUNA

1.9.1 Si sono verificati dei parti negli ultimi 5 anni? / Number of deliveries in the last 5 years:

NESSUNO

1.9.2 Numero di / Nr. of:

parti gemellari / multiple births:

bambini nati morti / stillborn infants:

1.9.3 Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? / Is an obstetrician on call 24 hours per day?

No

1.9.4 Esiste anche una seconda ostetrica reperibile 24 ore al giorno in grado di essere presente in 30 minuti? / Is a second obstetrician on call 24 hours a day who is able to attend within 30 minutes?

No

1.9.5 Esiste un pediatra reperibile per 24 ore al giorno? / Is a pediatrician available 24 hours per day?

No

1.9.6 I cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti per 24 ore al giorno? Can emergency caesarians be performed within 30 minutes 24 hours per day?

No

1.10 Servizi di terapia/assistenza prestati: /Counselling Services Provided

Tipo di terapia/assistenza <i>Type of Counselling</i>	Personale utilizzato <i>Staff employed</i>	Nr di pazienti <i>No of patients</i>
Fecondazione assistita <i>Assisted conception</i>	_____	_____
Alcolismo/tossicodipendenza <i>Drug/Alcohol dependency</i>	57	2967
Chirurgia plastica volontaria <i>Elective Cosmetic surgery</i>	_____	_____
Interruzione di gravidanza volontaria <i>Elective abortion</i>	_____	_____
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica <i>Gender reassignment</i>	_____	_____
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili <i>HIV/Hepatitis/ STD</i>	57	Su una popolazione di alcolisti e tossicodipendenti seguiti dalle strutture aziendali pari a 2967 unità risultano presenti anche le seguenti patologie nei numeri sotto indicati HIV n. 143 HcV n. 587 HbV n. 267 Sifilide n. 6
Sterilizzazione <i>Sterilisation</i>	_____	_____
Altro- (specificare) <i>Other please specify</i>		

1.11. Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze?/ Do you own and utilize your own ambulances?

No

Se sì, specificare:

- **Nr di ambulanze:** / *If Yes, please provide Nr. of ambulances:*
- **Nr di unità mobili di rianimazione:** / *Nr. of intensive care mobile units:*

Se No, specificare come si è organizzati / If no, please specify arrangements made :

Per il trasporto dei dializzati barellati del territorio provinciale sono attive convenzioni con Imprese/Associazioni

1.12 Avete una banca del sangue? / Do you have a blood bank?

No

Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: / If so please advise number of blood units consumed annually:

1.13 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines?

1.14 Attività IntraMoenia: *Private activity*

- 1. Viene eseguita nelle strutture?**
Sì
- 2. Viene eseguita presso centri convenzionati?**
No
- 3. Numero prestazioni: circa 15.300**

II. **Consenso informato** *Informed Consent*

Se una qualsiasi delle risposte che seguono è NO, si prega di fornire informazioni complete. / If any answer is No, please provide full details.

2. Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?
Is informed consent required from patients prior to treatment?

In tutti i casi? Sì
In all cases?

Per iscritto? No
In writing?

Per iscritto il consenso informato è espresso nei seguenti ambiti:

- attività vaccinale che prevede l'inoculazione per via parenterale
- trattamento con metadone/altri stupefacenti
- trattamento con antabuse o similari
- trattamento anticoncezionale con IUD
- colloquio psicologico
- screening prevenzione tumore collo dell'utero

2.1 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni? / Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal Policy, in respect of information to patient and in respect of agreement to therapy collection?

Sì

L'informativa è diffusa tramite pubblicazione sul sito intranet aziendale e diffusione della procedura a tutte le articolazioni dell'Azienda stessa, che a cascata lo diffondono a tutti gli "attori" del sistema

2.2 Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso? / Could you confirm to accord to patient a period of time fit to illness, to think about the therapy, before collecting the agreement?

Sì

2.3 Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato? / In case of under-aged patient, could you confirm his involvement in collecting-agreement process?

Sì

2.4 Ove il paziente (o , nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali) non consenta a manifestare il consenso per rinuncia all'informazione, dissenso ai trattamenti terapeuti, rifiuto delle prestazioni sanitarie o altre motivazioni, tale manifestazione di volontà viene sempre acquisita per iscritto? / Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal policy in respect of medical record?

Sì

Per iscritto il consenso informato è espresso nei seguenti ambiti:

- attività vaccinale che prevede l'inoculazione per via parenterale
- trattamento con metadone/altri stupefacenti
- trattamento con antabuse o similari
- trattamento anticoncezionale con IUD
- colloquio psicologico

2.5 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente? *In the case of complex treatments are consent forms required for each subsequent and/or different treatment?*

NESSUN TRATTAMENTO COMPLESSO

Sono eseguiti trattamenti articolati in più sedute e di norma il trattamento è richiesto per ogni seduta

2.6 Chi controfirma i documenti del consenso informato? */ Who countersigns the informed consent documents?*

Medico/infermiere/assistente sanitario/psicologo

2.7 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati? */ How are they filed and how long are they kept?*

I moduli di consenso sono archiviati all'interno della cartella sanitaria dell'utente insieme ad altra documentazione sanitaria per i tempi prescritti dalla normativa di riferimento

2.8 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare? */ Is non compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?*

No

2.10 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica? */ Are the forms and/or controls periodically audited?*

Si

Se sì, ogni quanto tempo? */ If so how often?*

Annuale

III. Cartelle cliniche
Case Notes

3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono: / Do standard case note protocols demand:

DI NORMA SOLO CARTELLE UTENTI PER PRESTAZIONI SANITARIE DI BASE (NO SPECIALISTICA – NO RICOVERO)

3.1.1 Una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate giornalmente? / A complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?

Sì

3.1.2 Ogni quanto tempo queste sono riviste e chi è responsabile della controfirma? / How often are these reviewed and who is responsible for countersigning them?

Per SER.D, Conduttori e Vaccinazioni le cartelle utenti: sono riviste ad ogni nuovo accesso dell'utente stesso. Sono comunque oggetto di controllo periodico. Il responsabile della controfirma è il responsabile del Dipartimento o il Medico o l'operatore sanitario incaricato.

3.1.3 Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate? / How often are case notes audited?

SER.D: le cartelle utenti sono oggetto di controllo mensile

Consultori: le cartelle cliniche degli utenti sono oggetto di controlli periodici di appropriatezza da parte dell' UOC Budget, Acquisto e Controllo nella misura del 15 % dei nuovi utenti di ciascuna sede consultoriale per ogni anno.

Per le prestazioni vaccinali i controlli relativi a precedenti patologie, terapie farmacologiche durante l'intervallo tra una vaccinazione e l'altra sono finalizzati alla valutazione dell'applicabilità della prestazione vaccinale. Tali prestazioni possono avere intervalli di più anni e sono oggetto di controllo in prossimità della scadenza della copertura vaccinale (attraverso programma informatizzato)

3.1.4 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale sulla questione delle cartelle cliniche? / could you confirm the medical personnel training's compliance towards internal Policy in respect of medical records

Sì

IV. Sperimentazione Clinica Clinical Trials

4.1. Sperimentazioni sponsorizzate - Specificare chi è il committente dei progetti di ricerca clinica, ad esempio produttori di farmaci e di altri prodotti, istituzioni di beneficenza, fondazioni di ricerca:

Please state for whom Clinical Research Projects are undertaken e.g. Pharmaceutical and other Manufacturers, Charities, Research Foundations

(non sono coperte dalla polizza)

E' presente un Comitato Etico incaricato della valutazione di studi sperimentali e di studi osservazionali che possono essere svolti sia nelle strutture aziendali (studi osservazionali) sia sul territorio (dove gli sperimentatori sono i Medici di medicina Generale) sia in strutture ospedaliere che sono soggetti giuridici distinti dall'ASL e che non hanno un proprio comitato etico interno formalmente istituito.

I committenti degli studi valutati all'interno del Comitato Etico sono:

- Aziende produttrici di farmaci o dispositivi medici
- Clinical Research Organization, Società che si occupano di sviluppare studi da parte di Sponsor (quasi sempre ditte farmaceutiche)
- Università
- Società Scientifiche
- Associazioni no profit

Si evidenzia che il Comitato Etico aziendale, rimasto inattivo, per circa due annualità ha ripreso la normale attività nel gennaio 2012.

Il CE dell'ASL di Pavia ha esaurito la propria funzione a settembre 2013 a seguito della individuazione a cura di Regione Lombardia di Comitati etici ogni milione di abitanti come previsto dalla L. 189 dell'8.11.2012.

Nel corso dell'anno 2013 sono state sottoposte a parere del CE 6 studi profit.

4.2. Sperimentazioni non profit – Specificare il numero e il razionale dei protocolli delle sperimentazioni non sponsorizzate antecedenti l'entrata in vigore del DM 14 luglio 2009 e tuttora in corso o terminate da non più di 36 mesi indicando in uno specifico allegato:

Il Comitato Etico che è rimasto inattivo, per circa due annualità ed ha ripreso poi la normale attività nel gennaio 2012. Da allora ad oggi sono stati valutati n. 2 studi osservazionali no profit

4.2.1 n° delle sperimentazioni e relativo n° dei pazienti (eventuali pazienti minori),

Nell'anno 2013 sono stati valutati dal CE n. 6 studi di cui n. 5 osservazionali svolti presso l'ASL di Pavia e n. 1 sperimentale svolto fuori dall'Azienda.

Il comitato etico ha svolto nel 2013 n. 4 sedute operative.

4.2.2 razionale della sperimentazione, nome del farmaco o del dispositivo,

Non declinabile per gli studi osservazionali.

Quanto allo studio sperimentale " Studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, a gruppi paralleli per valutare l'efficacia terapeutica e la sicurezza di Febuxostat (assunto una volta al giorno) e l'efficacia terapeutica e la sicurezza di Allopurinolo sulla concentrazione di urato sierico in soggetti affetti da iperuricemia e gotta."

**4.2.3 fase della sperimentazione,
post marketing (Fase IV)**

**4.2.4 indicazione delle controindicazioni, reazioni avverse temute secondo l'indicazione del consenso informato,
non applicabile**

4.2.5 eventuali sinistri pregressi.
Non verificatesi

4.3. A tutti i volontari viene richiesta la firma di un Consenso Informato?

Do all volunteers sign an Informed Consent Form?

Sì

Per studi sperimentali approvati dal Comitato etico e svolti in strutture ospedaliere presenti sul territorio provinciale, diverse dall'ASL viene richiesta la firma del consenso informato da parte dei pazienti partecipanti alla sperimentazione

4.4 Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni sponsorizzate da effettuarsi nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazioni:
nessuna dal momento che il CE non è più attivo da settembre 2013

(non sono coperte dalla polizza)

4.5. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni no profit in cui sarete coinvolti nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazioni:

Please state the anticipated number of no profit trials with which you will be involved during the next 12 months detailing the number of volunteers in each trial

(non sono coperte dalla polizza)

nessuna dal momento che il CE non è più attivo da settembre 2013

4.6. Conducete ricerche, test o attività sperimentali nei seguenti campi:

Do you conduct any formal research, testing or experimental activities in the following categories:

Trapianti

Transplants

Ricerca su embrioni umani

Human Embryo Research

Chirurgia

Surgery

Organi artificiali

Artificial organs

Ostetricia

Obstetrics

Ingegneria genetica

Genetic engineering

(non sono coperte dalla polizza)

No

V. Gestione dei Reclami e delle Richieste di risarcimento
Management of Complaints and Claims

Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/ricieste di risarcimento /Please provide details of the procedures in place for dealing with the following complaint/claims.

Esiste una procedura aziendale nella gestione dei sinistri adottata con Deliberazione n. 135/DGi del 27.6.2007 disponibile agli atti dell'Azienda

Esiste un regolamento aziendale (Regolamento n. 81) per la ricezione e gestione dei reclami approvato con deliberazione n. 356/Csi del 28.12.2005

5.1 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza: / The procedure for dealing with a patient who makes a verbal complaint of an alleged injury and/or negligent act:

Applicazione regolamento e procedura aziendale sopra citati

In caso di reclamo verbale l'art. 3 del regolamento prevede la compilazione di apposita scheda che consenta la registrazione di quanto segnalato con l'acquisizione degli elementi per i successivi adempimenti

In seguito è attivata la gestione del reclamo a cura dall'Ufficio relazioni con il pubblico, unitamente alle strutture aziendali interessate alle verifiche del caso

In caso di denunciata presunta lesione si attiva la procedura di apertura del sinistro presso la Compagnia/e Assicuratrici competenti per materia secondo la relativa procedura aziendale in uso, a cura dell'U.O.C. affari generali e relazioni istituzionali

5.2 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza: / The procedure for dealing with a patient who makes a written complaint of an alleged injury and/or negligent act:

Applicazione regolamento e procedura aziendale sopra citati

- In caso di reclamo scritto è attivata la gestione del reclamo a cura dall'Ufficio relazioni con il pubblico, unitamente alle strutture aziendali interessate alle verifiche del caso.

- In caso di denunciata di presunta lesione si attiva la procedura di apertura del sinistro presso la Compagnia/e Assicuratrici competenti per materia, secondo la relativa procedura aziendale in uso, a cura dell'U.O.C. affari generali e relazioni istituzionali

Anche non in presenza di esplicita richiesta di risarcimento di norma è comunque, in via cautelativa, si procede all'inoltro di comunicazione alla compagnia assicurativa

5.3 Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente: / Written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:

Si apre il sinistro presso la Compagnia assicuratrice in applicazione della procedura aziendale, a cura dell'U.O.C. affari generali e relazioni istituzionali

5.4 Un evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente: /An adverse event that may have lead to the injury of a patient:

E' prevista scheda di segnalazione degli eventi avversi pubblicata sul sito intranet aziendale e disponibile agli operatori

VI. **Richieste di risarcimento**
Claims Record

6.1 Sono pervenute richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?
VEDASI STATISTICHE SINISTRI

VII. Estensioni di copertura
Extensions to coverage

7.1 Colpa Grave

Se richiedete questo tipo di estensione di copertura, Vi preghiamo di specificare il numero delle persone da assicurare per rinuncia al diritto di rivalsa in caso di colpa grave, divise per qualifiche: / If you require this extension, please provide information on the number of persons to be insured for waiving the right of subrogation in case of gross negligence, divided by category:

NON COPERTA DA POLIZZA ASL

_____ n. _____

_____ n. _____

_____ n. _____

7.2 In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente? / In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee required?

Sì

7.3 Il Proponente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti dei propri collaboratori/dipendenti per morte o lesioni subite dai pazienti? / Does the Proposer know about criminal proceedings pending against its staff deriving from death or injury of patients?

No

VIII. Precedenti assicurativi
Previous Insurance

Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 5 (cinque) anni passati
Please provide details of your insurers for the past 5 years:

Assicuratore <i>Insurer</i>	Massimale <i>Limit of Indemnity</i>	Franchigia <i>Deductible</i>	Forma <i>Type</i> (L= Loss occurrence, C= Claims made)	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	Data di ultrattività <i>Extended Reporting Period</i>
1. LLOYD'S	€.5.000.000,00 €.30.000.000,00 ANNUO	€.20.000,00	Claims made	01.01.2002	/
2.FARO	€.5.000.000,00 €.30.000.000,00 ANNUO	Nessuna franchigia	Claims made	01.01.2002	/
3. QBE	€ 6.000.000,00 per sinistro € 30.000.000,00 aggregata annua	€. 20.000,00	Claims made	01.02.2002	/
4. QBE	€ 6.000.000,00 per sinistro € 30.000.000,00 aggregata annua	€. 50.000,00	Claims made	01.02.2002	/

* * * * *

Il/La sottoscritto/a, nella qualità specificata in calce,

DICHIARA

di essere autorizzato/a a compilare e sottoscrivere la presente Proposta/Questionario in nome e per conto dell'Ente indicato al punto 1.1;

che tutte le risposte che precedono sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

di aver preso atto che la presente Proposta/Questionario sarà posta dagli Assicuratori alla base delle sue determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della polizza;

SI OBBLIGA

personalmente e in nome e per conto della società indicata al punto 1.1 ad informare prontamente gli Assicuratori qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della polizza, dovessero intervenire sostanziali variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, gli Assicuratori potranno liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc..

Ente (timbro) _____

Firma e carica _____

Data _____