

Modulo di Adesione MEDICI

Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici Dipendenti o Convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche

Assicurato

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ LOCALITA'/COMUNE _____

PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL _____ REC. TELEFONICO _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____

Polizza collettiva di riferimento n. IITDMM18B2125400000

Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

Sinistrosità pregressa dell'Aderente/Assicurato:

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, per un importo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

SI' NO

Avvertenza: in caso di risposta affermativa il prodotto assicurativo non sarà acquistabile.

Barrare con una X la casella corrispondente alla categoria di rischio ed al massimale prescelto

X	Cod.	CATEGORIA DI RISCHIO	MASSIMALE
			5 MILIONI
<input checked="" type="checkbox"/>	01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€
<input type="checkbox"/>	02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€
<input type="checkbox"/>	03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€
<input type="checkbox"/>	07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€

Per la determinazione del premio vedasi la guida all'adesione.

Avvertenza: qualora in uno o in più dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 – Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, le Categorie di Rischio andranno indicate tutte nel Modulo di Adesione ed il premio annuo dovuto corrisponderà alla qualifica con premio più elevato.

Il massimale base è di € 5 milioni, così come previsto dalla polizza Convenzione n. ITDMM15B2025 in scadenza il 30/09/2018, nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un massimale inferiore da quello indicato nel modulo di adesione, potete rivolgerVi a CABI BROKER DI ASSICURAZIONI S.r.l. inviando una e-mail all'indirizzo colpagrave@cabibroker.com o telefonando allo 035.226417

Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

- L'Aderente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna all'adesione alla Polizza di Assicurazione. Tuttavia, qualora il rapporto assicurativo venga perfezionato, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**claims made**», ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di Risarcimento sia portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la Data di Continuità Assicurativa.
- L'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 - Esclusioni; Articolo 10 - Variazioni del rischio; Articolo 14 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 15 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 17 - Gestione della Polizza; Articolo 18 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 19 - Determinazione del premio; Articolo 20 - Precisazioni sull'operatività della garanzia.
- Presa 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.
- L'Aderente/Assicurato dichiara di avere ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza di Assicurazione in oggetto, il modulo 7A -
- "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed il modulo 7B - "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n.5/2006 e successive modifiche.
- **L'Aderente/Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo (AmTrust ColpaGrave – Linea Collettiva – Ed. 06/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**
- L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione e di accettare il Periodo di Retroattività previsto in polizza (10 anni dalla Data di Continuità Assicurativa).
- La periodicità di pagamento è annuale così come nel dettaglio riportata agli artt. 18 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.
- È tuttavia prevista la facoltà per l'assicurato di aderire anche in corso d'anno ed in tal caso il premio dovuto è determinato in ragione del rateo mensile di 1/12 del premio per ogni mese o frazione di esso, con il minimo del 25% del premio anno.
- Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:
 - i) 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, all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.
- **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'Aderente/Assicurato _____



SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO

- Ricevuta dell'assicurato, relativa alla consegna della informativa precontrattuale -

Assicurato

COGNOME E NOME			
VIA N.°	LOCALITA'/COMUNE	PROVINCIA-	C.A.P.

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto

- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (**Allegato 7A**).
- copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche (**Allegato 7B**);
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____, __/__/__

L'Assicurato _____



CONSENSO AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il sottoscritto dichiara di aver acquisito e compreso tutte le informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano, come da informativa resami disponibile ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consapevole che la manifestazione del consenso all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali da parte del Titolare del trattamento, per le finalità riconducibili ad obblighi di legge e contrattuali di cui ai punti 1, 2, 3 e 4 dell'informativa stessa, non é necessaria ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. b) e c) del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data _____, __/__/__

L'Assicurato _____



Inoltre, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati appartenenti alle categorie particolari di personali (relativi alla salute, che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale) per finalità di trattativa precontrattuale, emissione e gestione della polizza, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento UE 2016/679 (consenso obbligatorio).

Luogo e data _____, __/__/__

L'Assicurato _____



Infine, il sottoscritto dichiara (si prega di crocesegnare l'opzione scelta)

<input type="checkbox"/>	di acconsentire	<input type="checkbox"/>	di non acconsentire	al trattamento dei propri dati personali per finalità di promozione e informazione commerciale;
<input type="checkbox"/>	di acconsentire	<input type="checkbox"/>	di non acconsentire	alla comunicazione dei propri dati personali per finalità di promozione e informazione commerciale ad altri Soggetti del settore assicurativo;

ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. a) del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione prevista dalla legge.

Luogo e data _____, __/__/__

L'Assicurato _____



QUESTIONARIO SULLA ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Il sottoscrittore del presente documento ha manifestato l'intenzione di acquisire una copertura assicurativa per la propria responsabilità patrimoniale ed è stata ipotizzata la sua adesione alla Convenzione n. IITDMM18B2125400000 (ex n. ITDMM15B2025) stipulata tra AmTrust Europe Limited e Cabi Broker di Assicurazioni Srl.

AVVERTENZE E DATI PRELIMINARI

Le vigenti disposizioni di legge e di regolamenti obbligano gli assicuratori e gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze degli aderenti.

La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dagli aderenti col tramite del presente questionario, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Gli aderenti possono rifiutare di fornire le informazioni che devono essere richieste; posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza per contratto rispetto alle loro esigenze assicurative tale rifiuto comporta il rilascio da parte loro di una dichiarazione attestante la circostanza.

Prima di procedere alla compilazione del questionario, è importante leggere attentamente le avvertenze di seguito riportate:

1) è necessario rispondere in modo completo ed esauriente a ciascuna domanda;

2) è necessario rammentare che le risposte fornite a ciascuna domanda costituiranno parte delle dichiarazioni sulle quali si baserà l'eventuale assicurazione: esse devono quindi essere veritiere per consentire - oltre ad un corretto apprezzamento del rischio - di evitare di incorrere nei disposti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile (dichiarazioni inesatte e reticenti).

ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE

QUALI OBIETTIVI SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE L'ADESIONE?

- Ottemperare ad obblighi di legge
- Coprire nuovi rischi alla persona
- Non risponde

QUALI SPECIFICI RISCHI SI INTENDONO COPRIRE TRAMITE L'ADESIONE?

- Protezione del proprio patrimonio, nella vita personale, da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi
- Protezione del proprio patrimonio, nell'esercizio della professione / attività lavorativa, da richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Sono state rese disponibili le caratteristiche essenziali delle garanzie e dei relativi premi? Sì No

Sono state rese disponibili le condizioni di polizza dalle quali desumere esclusioni, massimali, e delimitazioni dell'oggetto della garanzia? Sì No

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE (SI PREGA DI CROCESEGNARE L'OPZIONE SCELTA)

- Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza del contratto offerto.

OVVERO

- Il sottoscritto dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione della **adeguatezza del contratto offerto alle sue esigenze assicurative.**

Luogo e data _____, ___/___/___

L'Assicurato _____

