

Modulo di Adesione NON MEDICI

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-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. IITDMM18A2025400000

Qualifica dell'Aderente/Assicurato (è necessario contrassegnare con una X tutte le attività che si intende assicurare ed includere nella copertura)

X	Cod.	Attività	Dipendente Pubblico
		PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE	MASSIMALE 1 MILIONE
	19	assistente sanitario	€ 52,00
	20	infermiere professionale	€ 52,00
	21	infermiere pediatrico	€ 52,00
	22	ostetriche	€ 200,00
	19	assistente sanitario	€ 52,00
	32	operatore sociosanitario	€ 52,00
	38	puericultrice	€ 52,00
X		ALTRE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE	MASSIMALE 1 MILIONE
	01	tecnico sanitario di laboratorio biomedico	€ 52,00
	02	tecnico audiometrista	€ 52,00
	03	tecnico audioprotesista	€ 52,00
	04	tecnico ortopedico	€ 52,00
	05	dietista	€ 52,00
	06	tecnico di neurofisiopatologia	€ 52,00
	07	tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	€ 52,00
	08	igienista dentale	€ 52,00
	09	fisioterapista	€ 52,00
	10	logopedista	€ 52,00
	11	podologo	€ 52,00
	12	ortottista e assistente di oftalmologia	€ 52,00
	13	terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	€ 60,00
	14	tecnico della riabilitazione psichiatrica	€ 60,00
	15	terapista occupazionale	€ 52,00
	16	educatore professionale	€ 60,00
	17	tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	€ 52,00
	18	tecnico sanitario di radiologia medica	€ 52,00
	23	sociologo	€ 100,00
	24	assistente sociale	€ 100,00
	25	biologo (senza fecondazione assistita)	€ 60,00
	26	biologo (con fecondazione assistita)	€ 120,00
	27	farmacista	€ 100,00
	28	psicologo	€ 100,00
	29	osteopata	€ 100,00
	30	chiropratico	€ 100,00

31	ingegnere chimico e biochimico	€ 66,00
33	massofisioterapista	€ 52,00
34	massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici	€ 52,00
35	ottico	€ 52,00
36	odontotecnico	€ 52,00
37	assistente di studio odontoiatrico	€ 52,00

Il massimale base è di € 1 milione. Tale massimale è stato scelto anche tenendo conto degli attuali parametri stabiliti dalla L. Gelli. Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un Massimale diverso da quello sopra riportato, potete rivolgerVi a CABI BROKER DI ASSICURAZIONI S.r.l. inviando una e-mail all'indirizzo colpgrave@cabibroker.com o telefonando allo 035.226417.

Qualora l'Assicurato rivesta una qualifica direttiva, come indicato nella tabella sottoriportata, al Premio determinato sarà applicato un incremento pari a:

QUALIFICHE DIRETTIVE	PREMIO
Coordinatore	+ 50 €
Dirigente/Direttore professioni sanitarie	+ 50 €

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'Aderente/Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 7 – Precisazione sui rischi assicurati; Articolo 8 - Esclusioni; Articolo 11 - Variazioni del Rischio; Articolo 15 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 16 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 18 - Gestione della Polizza; Articolo 19 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza e pagamento del Premio; Articolo 20 - Determinazione del Premio.
- 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 "GDPR".
- 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 Nurse&Care - 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)**.
- Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione ed il pagamento dello stesso dovrà avvenire con periodicità annuale così come riportato agli artt. 19 e 20 delle Condizioni di Assicurazione.
- **È tuttavia prevista la facoltà per l'Aderente/Assicurato di aderire alla Polizza Collettiva anche in corso d'anno ed in tal caso il premio dovuto è pari al 100% del premio annuo qualora il Periodo di Assicurazione sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del premio annuo nel caso in cui il Periodo di Assicurazione sia inferiore a mesi 6 (sei).**
- Il pagamento del Premio o della rata di 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.
- **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 è 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. IITDMM18A2025400000 (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 _____

