

**CONVENZIONE RISERVATA PER I DIPENDENTI
ISSE – ITALIAN SOCIETY FOR SURGICAL ENDOSCOPY**

MODULO DI ADESIONE da inviare a mezzo fax allo 0471.17.22.034. Per informazioni Tel. 0471.42.67.11

Polizza di Assicurazione RC Professionale per Colpa Grave del DIRIGENTE MEDICO, RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA, DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO, MEDICO UNIVERSITARIO

Assicurato		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita
		Prov.
Ordine Medici di	Iscrizione Nr.	Associazione
Specializzazione		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

- Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione
- Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Per le date di effetto sotto riportate la scadenza sarà il 31 Dicembre di ogni anno					
31 Dicembre	31 gennaio	28 Febbraio	31 Marzo	30 Aprile	31 Maggio
<input type="checkbox"/> € 680,00	<input type="checkbox"/> € 630,00	<input type="checkbox"/> € 580,00	<input type="checkbox"/> € 525,00	<input type="checkbox"/> € 475,00	<input type="checkbox"/> € 425,00
Per le date di effetto sotto riportate la scadenza sarà il 30 Giugno di ogni anno					
30 Giugno	31 Luglio	31 Agosto	30 Settembre	31 Ottobre	30 Novembre
<input type="checkbox"/> € 680,00	<input type="checkbox"/> € 630,00	<input type="checkbox"/> € 580,00	<input type="checkbox"/> € 525,00	<input type="checkbox"/> € 475,00	<input type="checkbox"/> € 425,00

Scadenza delle Polizze convenzione 31/12/2015 e 30/06/2015

Importo totale rate future € 680,00

*Gli importi comprendono: SOS | Medici, compenso per consulenza ed assistenza e first opinion medico legale


Pagamento:

- Bonifico bancario:** Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI Srl
IBAN: IT 11 Y 05584 01672 000000002500 - Causale: nome e cognome
- Carta di Credito:** VISA MASTERCARD

NR. | _ | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | _ | Scad. | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ | CVV* | _ | _ | _ |

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi; 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____ | _____ (Firma del Medico) 

MODULO DI ADESIONE POLIZZA CONVENZIONE
RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE COLPA GRAVE Dipendenti Aziende Sanitarie
 iscritti al **Centro Studi Medical Malpractice**

Compagnia Delegataria: AMTRUST EUROPE

DATI DEL CONTRAENTE DEL MODULO DI ADESIONE (di seguito ASSICURATO)

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

SPECIALIZZAZIONE

RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA
 SI NO

AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'

<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario e Sociale
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico, Veterinario e Medico Universitario	<input type="checkbox"/> Componente del Comitato Etico
<input type="checkbox"/> Dirigente Sanitario non Medico	<input type="checkbox"/> Medico convenzionato
<input type="checkbox"/> Medico Specialista in formazione	<input type="checkbox"/> Personale del comparto non Dirigente

DECORRENZA DELLA GARANZIA - indicare l'effetto scelto

PER LE DATE DI EFFETTO SOTTO RIPORTATE LA SCADENZA SARÀ IL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO

POLIZZA NR. ITOMM11B1013023A0001	SCADENZA RATA 31 / 12 / 2013	SCADENZA POLIZZA 31 / 12 / 2015
<input type="checkbox"/> 31 Dicembre	<input type="checkbox"/> 31 gennaio	<input type="checkbox"/> 28 Febbraio
<input type="checkbox"/> 31 Marzo	<input type="checkbox"/> 30 Aprile	<input type="checkbox"/> 31 Maggio

PER LE DATE DI EFFETTO SOTTO RIPORTATE LA SCADENZA SARÀ IL 30 GIUGNO DI OGNI ANNO


POLIZZA NR. ITOMM11B1013023A0002	SCADENZA RATA 30 / 06 / 2014	SCADENZA POLIZZA 30 / 06 / 2015
<input type="checkbox"/> 30 Giugno	<input type="checkbox"/> 31 Luglio	<input type="checkbox"/> 31 Agosto
<input type="checkbox"/> 30 Settembre	<input type="checkbox"/> 31 Ottobre	<input type="checkbox"/> 30 Novembre

DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA

MASSIMALE Euro 5.000.000,00	PERIODO DI RETROATTIVITÀ 10 (dieci) anni
------------------------------------	---


La garanzia decorrerà così come indicato nell'Articolo 21 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'Assicurato dichiara di ricevere e/o avere scaricato dal sito www.malpractice.it le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti l'Informativa all'Assicurato sul trattamento dei dati personali, facenti parte integranti del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte.


data _____ firma dell'Assicurato _____ 

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile dichiara:

- di aver preso atto che questa è un contratto di assicurazione nella forma "claims made", a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo;
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 Articolo 1 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 17 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 20 - Gestione della Polizza; Articolo 23 - Precisazioni sulla operatività della garanzia; Articolo 24 - Reticenze e dichiarazioni inesatte

data _____ firma dell'Assicurato _____ 

L'assicurato dichiara altresì di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ex Art. 13 D. Lgs. 163/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa

data _____ firma dell'Assicurato _____ 

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome
 o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
 o Partita IVA:

Indirizzo residenza
 o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **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; ALL. 7B**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- **_____ acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente

- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei **ricevute dall'intermediario**:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente

Codice Fiscale/Partita Iva

Indirizzo/Sede Legale

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunì; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> Altro |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto? **SI** - **NO**

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

.....
L'intermediario  Il contraente

Numero Verde
800.917.333

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) **02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - **Socio i.L.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association**

STEFFANO GROUP

dal 1928... una storia che continua...