



MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

Decorrenza Polizza: 31/12 di ogni anno

DATI ASSICURANDO

COGNOME / NOME		CODICE FISCALE	
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITA' / COMUNE		CAP PROV.
TEL./CELL.		E-MAIL	
ISCRIZIONE ORDINE MEDICI DI		ISCRIZIONE N°	DATA ISCRIZIONE
SPECIALIZZAZIONE		AZIENDA SANITARIA	

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

☐ **Dirigente Medico che svolge attività invasive, chirurgiche e non**

Massimale garantito per ogni assicurato: € 5.000.000,00 - Retroattività Anni 10 - Nessuna Franchigia

Condizione Aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA:

<u>Attività svolta / Massimale</u>	<u>€ 26.000,00</u>	<u>€ 37.000,00</u>
Medici e personale del comparto	☐	☐

Il pagamento del premio convenuto, dovrà avvenire in unica soluzione e dovrà essere effettuato tramite Bonifico Bancario su IBAN IT 67 Z 03069 14800 100000007500 a favore della Milano Broker Srl presso Banca Intesa.

La garanzia decorre sempre dalle ore 24 della data di effetto prevista in polizza, che coincide con l'ultimo giorno feriale di ogni mese, anche se il pagamento è antecedente a tale data.

L'assicurato dichiara di aver ricevuto le condizioni Generali di Assicurazioni contenenti l'informativa all'Assicurato per il 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 _____

L'assicurato dichiara altresì di aver preso visione dell'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.

☐ acconsento al trattamento dati

☐ non acconsento al trattamento dati

L'assicurato dichiara altresì di aver ricevuto l'Informativa precontrattuale prevista dall'art. 49 commi 1 e 2 del Regolamento Isvap n. 5 del 16/10/2006 e s.m.v.

Data _____

Firma dell'Assicurato _____



COSTI ASSICURATIVI ANNUALI

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

☐ Dirigente Medico che svolge attività invasive, chirurgiche e non	€ 660,00
---	----------

Nel caso in cui la data di adesione alla Polizza non coincida con la data di decorrenza della stessa, **il premio dovuto è determinato in ragione di un rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) per il numero dei mesi di copertura con il minimo del 50% del premio annuo.**

Es. di calcolo: data decorrenza polizza 31/12/2015 - data di adesione 15/03/2016 - effetto copertura 31/03/2016 - n° mesi di copertura: 9 - Qualifica: Dirigente Medico - Premio = € 580,00 / 12 x 9 = € 435,00 (TOTALE DA PAGARE)

Condizione Aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA:

<u>Attività svolta / Massimale</u>	€ 26.000,00	€ 37.000,00
Medici e personale del comparto	☐ € 120,00	☐ € 140,00

Condizione Aggiuntiva INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE:

<u>Attività svolta</u>	Premio Annuo
Morte € 50,000,00 / Invalidità Permanente € 100,000,00 / Compreso Contagio HIV ed epatite C <u>Medico che non svolge attività chirurgica</u>	☐ € 190,00
Morte € 50,000,00 / Invalidità Permanente € 100,000,00 / Compreso Contagio HIV ed epatite C <u>Medico che svolge attività chirurgica</u>	☐ € 220,00

SINISTROSITA' PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento, nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

Si ☐

No ☐

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di poter cagionare richieste di risarcimento.

Si ☐

No ☐

DATA ADESIONE: ____/____/____	COSTO ASSICURATIVO €
-------------------------------	----------------------

Data _____

Firma dell'Assicurato _____