

## MODULO DI ADESIONE

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

**Decorrenza Polizza: 31/10 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

<input type="checkbox"/> Dirigente Medico	<input type="checkbox"/> Medico convenzionato
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico Veterinario	<input type="checkbox"/> Medico Specialista in Formazione
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico Universitario	<input type="checkbox"/> Altro Personale del Comparto
<input type="checkbox"/> Dirigente Sanitario non Medico	<input type="checkbox"/> Altro Personale del Comparto
<input type="checkbox"/> Componente del comitato etico	<input type="checkbox"/> Cessata Attività (Art. 10 - ext. garanzia)

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

#### Condizione Aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA:

<u>Attività svolta / Massimale</u>	€ 26.000,00	€ 37.000,00
Medici e personale del comparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Direttore Generale	€ 1.050,00	<input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo	€ 600,00
<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario e Sociale	€ 1.050,00	<input type="checkbox"/> Dirigente Sanitario non Medico	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico	€ 580,00	<input type="checkbox"/> Medico convenzionato	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico Veterinario	€ 580,00	<input type="checkbox"/> Cessata Attività (Art.10 - ext. garanzia)	€ 580,00
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico Universitario	€ 580,00	<input type="checkbox"/> Medico Specialista in Formazione	€ 430,00
<input type="checkbox"/> Componente del Comitato Etico	€ 580,00	<input type="checkbox"/> Altro Personale del Comparto	€ 150,00

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	<input type="checkbox"/> € 120,00	<input type="checkbox"/> € 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>	<input type="checkbox"/> € 190,00
Morte € 50,000,00 / Invalidità Permanente € 100,000,00 / Compreso Contagio HIV ed epatite C <u>Medico che svolge attività chirurgica</u>	<input type="checkbox"/> € 220,00

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

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_