

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

- I. L'Aderente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dall'Aderente/Assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la adesione alla Polizza Collettiva, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del rapporto assicurativo venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del rapporto assicurativo. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Aderente/Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ovvero le circostanze per le quali la Società non avrebbe prestato il proprio consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave dei Medici dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie Pubbliche o Private deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Aderente/Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "**claims made**", ossia volta a rendere indenne l'Aderente/Assicurato dalle richieste di risarcimento da quest'ultimo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e dallo stesso denunciate alla Società durante il medesimo periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nel presente modulo.

Dati dell'Aderente/Assicurato

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*		SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		E-MAIL*	
INDIRIZZO*		LOCALITÀ/COMUNE*		PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*		PARTITA I.V.A.		ATTIVITÀ ESERCITATA*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*		ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ*	
ISCRITTO ALL'ALBO DJ*		N° DI ISCRIZIONE*		RECAPITO TELEFONICO	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N.					

*CAMPI OBBLIGATORI

1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited o AmTrust International Underwriters DAC?

L'Aderente/Assicurato è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con una compagnia del gruppo AmTrust? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

- il numero di Polizza: _____
- la data di decorrenza della prima adesione: ____/____/____,
- la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ____/____/____

2) Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

2.1 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.

2.2 Qualifica ricoperta dall'Aderente/Assicurato

Indicare se l'Aderente/Assicurato, negli ultimi 10 (dieci) anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza:

a) Pubblica: SI' NO

b) Privata: SI' NO

Avvertenza: la Società invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la presente Polizza non copre alcun tipo di Attività Libero professionale ossia ogni attività svolta al di fuori dell'Azienda Sanitaria o all'interno di essa ma con assunzione di obbligo contrattuale nei confronti del paziente. Pertanto suggeriamo a coloro che, negli ultimi 10 anni, abbiano svolto o svolgano tale attività di acquistare un prodotto ad hoc, rivolgendosi al proprio consulente di riferimento.

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

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

		DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
01	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 440		€ 396		€ 365	
02	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 410		€ 369		€ 340	
03	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 384		€ 346		€ 319	

		DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
04	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA (CON E SENZA ATTIVITÀ CHIRURGICA)	€ 528		€ 475		€ 438	
05	DIRIGENTE MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 492		€ 443		€ 408	
06	DIRIGENTE MEDICO CHE NON SVOLGE ATTIVITÀ CHIRURGICA	€ 461		€ 415		€ 382	

		SPECIALIZZANDO PUBBLICO E/O PRIVATO		MASSIMALI			
COD.	CATEGORIA DI RISCHIO	5 MILIONI	X	2 MILIONI	X	1 MILIONE	X
07	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA/SPECIALIZZANDO	€ 220		€ 198		€ 183	

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.

2.3 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.
- Consenso al trattamento dei dati personali:** l'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e presta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali, anche sensibili, che comporta il loro eventuale trasferimento a terzi anche all'estero, inclusi paesi extra UE, per le finalità, nel rispetto delle tutele degli interessati, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa ex artt. 23, 26, 42 e 43 del D.Lgs. 196/2003.
- 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. 05/2018) contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il trattamento dei dati personali.**

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

- 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.
- 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, 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 _____



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Clerici, 14 - 20121 Milano
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.l. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland