

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N.° 777105001

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 777105001 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
- 2) consegnarlo o inviarlo a mezzo fax alla Associazione A.R.I.T.M.I.A. al numero Fax 02.87.15.21.64
- 3) corrispondere il relativo premio

L'attivazione della copertura assicurativa riferita al singolo aderente assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza Convenzione 31/12/2009;
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio prorata, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione e il premio di prima rata sarà calcolato in n. 360° del premio annuo, col minimo di 90/360°.

ASSICURANDO

Cognome Nome				Codice fiscale	
Indirizzo				Città	Provincia
N.° telefono / fax				E-mail	
Specializzazione					
Ente di appartenenza				Provincia dell'Ente	
Quiescenza (crocesegnare la casella interessata)	SI	NO	Dal		

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara che altresì:

1. Di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione contenute nella Polizza Convenzione n. 777105001
2. Di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati sensibili diretto all'esclusivo espletamento dell'attività assicurativa – comprese le comunicazioni e i trasferimenti effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" – necessario per dar corso alla Vostra richiesta;
3. Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892- 1893 C.C. di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.
4. In caso di richieste di risarcimento pervenute l'Assicurato dichiara i nominativi dei danneggiati e la data dell'evento. Le richieste relative ai nominativi sotto indicati saranno comunque escluse dalla garanzia:

Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) - ITALIA - Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 - Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) - Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. - Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 - Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA - C. Fiscale e P. IVA 02983670361 - Capitale Sociale € 121.814.366,00 i.v. - riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

PROFESSIONE / SPECIALIZZAZIONE ESERCITATA SCELTA DEL MASSIMALE

Professione/Specializzazione esercitata	Massimale in € (crociare) scelto in relazione alla professione/specializzazione esercitata	
	SOLUZIONE A MASSIMALE 5.000.000 per anno 2.500.000 per sinistro	SOLUZIONE B MASSIMALE 5.000.000 per anno 5.000.000 per sinistro
Direttori Sanitari e Sociale	<input type="checkbox"/>	
Dirigente Medico e Veterinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirigente Sanitario non medico	<input type="checkbox"/>	
Componenti del Comitato Etico	<input type="checkbox"/>	
Medici Specialisti in Formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medici Convenzionati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medici Contrattisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadri Sanitari	<input type="checkbox"/>	
Personale Sanitario del Comparto	<input type="checkbox"/>	
OTA-OSS	<input type="checkbox"/>	
Direttore Generale	<input type="checkbox"/>	
Direttore Amministrativo	<input type="checkbox"/>	
Dirigenti non Sanitari	<input type="checkbox"/>	
Restante personale non sanitario	<input type="checkbox"/>	
Personale in quiescenza <input type="checkbox"/>		

EFFETTO / SCADENZA / PRIMA RATA

Effetto	Scadenza convenzione*	Prima Rata
_ _ / _ _ /2010	31/12/2014	31/12/2010

* la polizza in convenzione si rinnova il 31/12 di ogni anno sino al 31/12/2014. L'assicurato ha facoltà di recedere dalla polizza decorsi almeno 12 mesi dalla sottoscrizione con invio della disdetta entro 60 gg prima di ogni scadenza annuale.

SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'assicurando
_ _ / _ _ /2010	

Il presente Modulo contiene solamente alcuni dettagli della "polizza convenzione" che rimane l'unico documento rilevante ai fini della esatta determinazione del contenuto delle garanzie.

Questo Modulo NON è valido se non compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto.



QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI OFFERTI

POLIZZA CONVENZIONE ASSICURATRICE MILANESE / A.R.I.T.M.I.A. NR. 777105001

Le vigenti disposizioni di legge ed i regolamenti obbligano 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 del 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. se taluno dei quesiti che vengono posti richiede una risposta articolata, è possibile utilizzare per la stessa un foglio separato, debitamente datato e sottoscritto;
3. 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 e 1894 del Codice Civile (Dichiarazioni inesatte o reticenti).

ESIGENZE RIGUARDATI L'ADERENTE

1) QUALI OBIETTIVI SI INTENDONO PERSEGUIRE TRAMITE L'ADESIONE ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ottemperare ad obblighi di legge | <input type="checkbox"/> ottemperare ad obblighi contrattuali |
| <input type="checkbox"/> ridimensionare i costi assicurativi | <input type="checkbox"/> ridurre le coperture assicurative |
| <input type="checkbox"/> migliorare il livello delle coperture | <input type="checkbox"/> non risponde |

2) QUALI SPECIFICI RISCHI SI INTENDONO COPRIRE TRAMITE L'ADESIONE?

a) PROTEZIONE DEL PROPRIO PATRIMONIO DA RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER DANNI CAGIONATI A TERZI

- nella vita personale
- nell'esercizio della professione/attività lavorativa
- per l'attività professionale/lavorativa
 - per la conduzione dei locali adibiti a studio/ufficio/laboratorio
 - nei confronti di Dipendenti/Collaboratori/altri Addetti, anche se occasionali
- nell'esercizio dell'attività imprenditoriale di: _____
- per e durante lo svolgimento dell'attività;
 - in tempi successivi /post installazione - smercio - danni postumi in genere
 - per la conduzione dei locali adibiti a studio/ufficio/laboratorio

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO

Sono state rese disponibili le caratteristiche essenziali delle garanzie ed i 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

Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza del contratto offerto.

Data: ____/____/____

(Firma dell'assicurato)

OVVERO

Il sottoscritto dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto alle sue esigenze assicurative.

Data: ____/____/____

(Firma dell'assicurato)