

# ASSICURATRICE



# MILANESE S. p. A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

Capitale Sociale €uro 25.000.000,48 i.v.  
Sede e Direzione Generale:  
41018 - S. Cesario Sul Panaro (MO)  
Corso Libertà, 53  
Tel. 059.74.79.111 Fax 059.74.79.112

Società soggetta a controllo e direzione unitaria  
di Modena Capitale SpA  
C. Fiscale e P. IVA 02983670361  
Capitale Sociale € 125.000.000,00

MODENA  CAPITALE

S.P.A.

## MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE n. 130142270



### DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 130142270 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
- 2) inviarlo a mezzo fax ad **ASSITA S.p.A.** ai n. **02 48.01.22.95 – 02 48.18.897** oppure e-mail **fialsassicura@assita.com**
- 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 presente Polizza Convenzione;
- 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 365° del premio annuo, col minimo di 90/365°.


L'Agenzia **ASSITA**, provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio così come previsto ai punti A. e B.

### ASSICURANDO [COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE]

Cognome Nome		Codice Fiscale	
Indirizzo	CAP	Città	Provincia
N. Cellulare		E-mail	
Specializzazione	Iscritto FIALS dal	Sezione di	
Ente di appartenenza	Provincia dell'Ente		
Quiescenza (crocesegnare la casella interessata)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dal

### DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara inoltre:

1. **Di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione** contenute nella Polizza Convenzione n. 130142270
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 S. p. A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

Capitale Sociale €uro 25.000.000,48 i.v.

Sede e Direzione Generale:

41018 - S. Cesario Sul Panaro (MO)

Corso Libertà, 53

Tel. 059.74.79.111 Fax 059.74.79.112

Società soggetta a controllo e direzione unitaria

di Modena Capitale SpA

C. Fiscale e P. IVA 02983670361

Capitale Sociale € 125.000.000,00

MODENA



CAPITALE

S.P.A.



## TARIFFA PREMI ANNI LORDI

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>MASSIMALE € 5.000.000</b> con limite di € 2.500.000 per sinistro
	<b>Premio annuo lordo in €uro</b>
Personale Sanitario del comparto	<input type="checkbox"/> 60,00
Restante personale non sanitario	<input type="checkbox"/> 30,00
Personale in quiescenza	<input type="checkbox"/> 50% premio annuo lordo procapite

## MODALITÀ di PAGAMENTO del PREMIO **esclusivamente in unica soluzione come segue:**

X
ASSICURARSI

Premio € \_\_\_\_\_

inviare proposta compilata e firmata allegando: - **Attestazione di Pagamento**  
- **Documento di Identità**  
- **Codice Fiscale**  
- **Tessera Sindacale in corso**

▶ fax n. 02/48.01.22.95  
▶ [fialsassicura@assita.com](mailto:fialsassicura@assita.com)

**ai SENSI del REGOLAMENTO IVASS (ex I.S.V.A.P.) N° 35 del 26 MAGGIO 2010**  
Il Contraente e/o l'Assicurato **dichiarano** che prima della conclusione del presente contratto hanno ricevuto copia dei singoli documenti: NOTA INFORMATIVA / GLOSSARIO - POLIZZA CONVENZIONE - MODULO DI PROPOSTA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D.Lgs. N° 196/03, contenuti nel **FASCICOLO INFORMATIVO** e **INFORMATIVA alla CLIENTELA**. **Prendono inoltre atto che ASSITA è autorizzata all'incasso del premio ai sensi dell'art. 118 D. Lgs. 209/2005.**

sul c/c postale  
N. **18453209** intestato ad **ASSITA S.p.A.**

Bonifico ad Assita s.p.a.	Paese	Cin Eur	Cin	Abi	Cab	N° Conto	Banca
Coordinate Bancarie <b>IBAN</b>	IT	08	L	02008	01606	000040178138	UNICREDIT BANCA
	IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

data \_\_\_\_\_ Assicurando **FIRMA** \_\_\_\_\_

I 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.

