

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. 130142330



DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 130142330 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 (crocsegnare 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. 130142330
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 ANNUI LORDI

| PROFILO PROFESSIONALE | MASSIMALI | |
|----------------------------------|---|---|
| | € 2.500.000 per sinistro / € 5.000.000 per annualità assicurativa | € 5.000.000 per sinistro e per annualità assicurativa |
| | Premio annuo lordo in €uro | |
| Direttore Sanitario e Sociale | <input type="checkbox"/> 576,00 | |
| Dirigente Medico e Veterinario | <input type="checkbox"/> 576,00 | <input type="checkbox"/> 800,00 |
| Dirigente Sanitario non Medico | <input type="checkbox"/> 408,00 | |
| Componenti del Comitato Etico | <input type="checkbox"/> 576,00 | |
| Medici Specialisti in Formazione | <input type="checkbox"/> 576,00 | <input type="checkbox"/> 800,00 |
| Medici Convenzionati | <input type="checkbox"/> 576,00 | <input type="checkbox"/> 800,00 |
| Medici Contrattisti | <input type="checkbox"/> 576,00 | <input type="checkbox"/> 800,00 |
| Direttore Generale (**) | <input type="checkbox"/> 408,00 | |

Condizione Aggiuntiva PS) - SOLO per MEDICI ⇒ **Interventi di Primo Soccorso** € 100,00

Personale in quiescenza **50% premio annuo lordo procapite**

(**) vedasi Art. A. - Esclusioni

MODALITÀ di PAGAMENTO del PREMIO

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

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 IBAN | 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.

