

MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per COLPA GRAVE dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie

DATI DEL CONTRAENTE DEL MODULO DI ADESIONE (di seguito ASSICURATO) ALLA POLIZZA N.

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
DOMICILIO / VIA NUMERO		LOCALITÀ /COMUNE	PROVINCIA

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'

DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA

EFFETTO DALLE ORE 24 DEL	SCADENZA 31.08.2012
--------------------------	-------------------------------

MASSIMALE 5.000.000,00	PERIODO DI RETROATTIVITÀ 10 (dieci) anni
----------------------------------	--

CONTEGGIO DEL PREMIO ALLA FIRMA

PREMIO NETTO	IMPOSTE	PREMIO LORDO
--------------	---------	--------------

CONTEGGIO DEL PREMIO RATE FUTURE

PREMIO NETTO	IMPOSTE	PREMIO LORDO
--------------	---------	--------------

La garanzia decorrerà dalle ore 24 della data di effetto anche se il pagamento possa risultare antecedente a tale data. Nel caso in cui la data del pagamento risultasse posteriore a quella di effetto, la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo quanto previsto all'articolo 22 – Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'Assicurato dichiara di ricevere e/o avere scaricato dal sito www.pminsurace.it le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti l'Informativa al Cliente per il trattamento dei dati personali, facenti parte integranti del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte e ai sensi della normativa del Codice Privacy presta il consenso per il trattamento e eventuale trasferimento all'estero dei dati ivi compresi dati sensibili e variazioni degli stessi, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni del Contratto.

data _____

firma dell'Assicurato _____ 

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara di accettare specificatamente le disposizioni contenute negli articoli: Art. – Modulo di Adesione; Art. – Clausola Privacy; Art. – Forma dell'assicurazione ("claims made") – Retroattività; Art. – Oggetto dell'assicurazione; Art. – Esclusioni (in particolare quella dell'assicurazione "claims made"); Art. – Recesso in caso di sinistro; Art. – Gestione della Polizza; Art. – Precisioni sulla operatività della garanzia.

data _____

firma dell'Assicurato _____ 

L'Assicurato dichiara inoltre di avere letto e approvato la Nota Informativa ai sensi dell'art. 123 del D.L. 175 del 17.03.1995 e richiede quale legislazione applicabile quella Italiana.

data _____

firma dell'Assicurato _____ 

L'Assicurato dichiara di avere preso atto che l'Assicurazione è regolata secondo la formulazione "claims made". La garanzia vale per i sinistri pervenuti per la prima volta all'Assicurato e da questi denunciati agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione.

data _____

firma dell'Assicurato _____ 

MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per COLPA GRAVE dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie

Il/la sottoscritto/a _____ aderisce alla polizza collettiva "RC per colpa grave dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie" versando l'importo di euro _____ su c/c IT27M0612023901CC0010020471 presso Cassa di Risparmio di Cesena intestato a Golinucci srl.

Si allega bonifico attestante il pagamento.

La copertura avrà decorrenza dalle ore 24 della data di avvenuto pagamento ed invio della copia del bonifico.

Qualifica dell'Assicurato	Premio annuo	Qualifica dell'Assicurato	Premio annuo
Dirigente Medico, Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00	Medico convenzionato	€ 334,00
Componente del Comitato Etico	€ 479,00	Medico Specialista in formazione	€ 334,00
Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00	Personale del Comparto	€ 120,00

RICEVUTA DI INFORMATIVA

(Ricevuta dell'Assicurato, relativa alla consegna della documentazione prevista dal Regolamento Isvap n. 5 del 16/10/2006 e 34 del 19/03/2010)

Il sottoscritto _____ in qualità di assicurato di un Programma Assicurativo in forma "collettiva" avente come Contraente P.M. & I. ed in ottemperanza del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 e n. 34 del 19/03/2010 accetta di ricevere su supporto durevole, scaricabile dal sito <http://www.golinucci.it/main/166/Informativa>:

- copia della comunicazione informativa ("allegato 7A"), sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
- copia della dichiarazione ("allegato 7B") contenente i dati essenziali dell'intermediario e della attività;
- informativa sulla privacy: ai sensi del D.L. 196/2003 autorizzo Golinucci S.r.l. al trattamento dei dati personali e all'invio di comunicazioni commerciali a distanza (secondo il regolamento ISVAP n.34)
- lettera di incarico al broker: autorizzo GOLINUCCI srl a gestire il contratto assicurativo

prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o contratto assicurativo relativo alla polizza RC Colpa Grave dei dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie.

In ogni momento l'assicurato può richiedere di ricevere la suddetta documentazione in formato cartaceo.

COGNOME E NOME	DATA	FIRMA	INDIRIZZO E-MAIL

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CERTIFICATO ASSICURATIVO

ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE

1) Quali obiettivi si intendono perseguire tramite l'adesione alla polizza RC Colpa Grave dei dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie?

- completare le coperture assicurative sulla persona
- ottemperare ad un obbligo (contrattuale o di legge)

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CERTIFICATO ASSICURATIVO

Le sono chiare le caratteristiche del certificato offerto? Si No

Le sono chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel certificato? Si No

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE

Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini della adeguatezza del certificato offerto.

DATA: _____

FIRMA: _____