

**RISERVATA PER
PERSONALE SANITARIO
NON MEDICO**

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

MODULO DI ADESIONE da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47. Per informazioni Tel. 02.91.98.33.11
Polizza di Assicurazione RC Professionale per Colpa Grave dei
PERSONALE SANITARIO NON MEDICO

Assicurato

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

Tel. Abitazione

Cellulare

e-mail

Fax

Cod. Fiscale | | | || | | || | | | || | | | || |

Data di nascita | | | | **Luogo di nascita** **Prov.**

Ordine Medici di

Iscrizione Nr.

Associazione

Qualifica

Azienda

Indirizzo

Cap

Città

Prov

Tel.

Fax

Effetto | | | | **Scadenza** | 30 | 06 | 2014 |

**Premio
alla firma***

Periodo di adesione

Dal 01/07 al 30/09

Dal 01/10 al 31/12

Dal 01/01 al 31/03

Dal 01/04 al 30/06*

€ 240,00

€ 195,00

€ 150,00

€ 270,00

*dell'anno successivo (15 mesi di copertura)

Premio rate future* dal 30/06/2012

€ 240,00

*Gli importi comprendono: quota associativa, diritti di emissione, premio lordo, assistenza e consulenza

Pagamento:

Bonifico bancario presso la Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
IBAN: IT 54 W 05584 01672 000000000612 - Causale: nome e cognome

Carta di Credito: VISA MASTERCARD

NR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Scad. | | | | / | | | | | CVV* | | | | | | *Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi; 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalorVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.

L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____

(Firma del Medico)

ASSIMEDICI e ASSISANITÀ sono marchi registrati da **ASA BROKER STEFFANO**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.91.98.33.11** - Fax 02.48.00.94.47

Recapiti Roma: Tel. 06.98.35.71.16 - Fax 06.23.32.43.357

Recapiti London (UK): Tel. +44 20 35 29 61 35 - Fax +44 20 35 29 10 29

www.assimedici.it - www.assisanita.it - Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156

Socio i.L.l.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

Referente incaricato

Numero Verde

800-917333

**STEFFANO
GROUP**

dal 1928... una storia che continua...



MODULO DI ADESIONE

**Polizza di Assicurazione RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per COLPA GRAVE
dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie iscritti
Centro Studi Medical Malpractice**

DATI DEL CONTRAENTE DEL MODULO DI ADESIONE (di seguito ASSICURATO) ALLA POLIZZA N. IT0MM1100725

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

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

SPECIALIZZAZIONE
RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'

<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario e Sociale
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico, Veterinario e Medico Universitario	<input type="checkbox"/> Componente del Comitato Etico
<input type="checkbox"/> Dirigente Sanitario non Medico	<input type="checkbox"/> Medico convenzionato
<input type="checkbox"/> Medico Specialista in formazione	<input checked="" type="checkbox"/> Personale del comparto non Dirigente

SCADENZA DELLA CONVENZIONE CSMM: 30/06/2014 – SCADENZA RATE FUTURE: IL 30/06 DI OGNI ANNO

EFFETTO DALLE ORE 24 DEL ___ / ___ / ____	SCADENZA PRIMA RATA 30 / 06 / ____	MASSIMALE Euro 5.000.000,00	PERIODO DI RETROATTIVITÀ 10 (dieci) anni
CONTEGGIO DEL PREMIO ALLA FIRMA		CONTEGGIO DEL PREMIO RATE FUTURE	
PREMIO NETTO	IMPOSTE	PREMIO LORDO	
		Euro 98,16	Euro 21,84
			Euro 120,00

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.malpractice.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. – Precisazioni 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 _____