



# 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. ai numeri **06 92912131 – 06 41219591**
- 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°.

L'Associazione provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire all'Agenzia Horus Consulenti Associati, in qualità di Agente Mandatario dell'Impresa assicuratrice, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute, la quale provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio.

### ASSICURANDO

Cognome Nome		Codice fiscale	
Indirizzo		Città	Provincia
N.° telefono / fax		E-mail	
Specializzazione			
Ente di appartenenza		Provincia dell'Ente	
Quiescenza (crocsegnare 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 / PREMI ANNUI LORDI

Professione/Specializzazione esercitata	Massimale in € (Crocettare) scelto e corrispondente premio annuo lordo in Euro in relazione alla professione/specializzazione esercitata		
	2.500.000 per sinistro 5.000.000 per anno		5.000.000 per sinistro e per anno
Direttori Sanitario e Sociale	576		
Dirigente Medico e Veterinario	576		800
Dirigente Sanitario non medico	408		
Componenti del Comitato Etico	576		
Medici Specialisti in Formazione	576		800
Medici Convenzionati	576		800
Medici Contrattisti	576		800
Ostetriche	576		
Quadri Sanitari	60		
Personale Sanitario del Comparto	60		
OTA-OSS	60		
Direttore Generale	408		
Direttore Amministrativo	408		
Dirigenti non Sanitari	300		
Restante personale non sanitario	30		
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite		50% premio annuo lordo procapite
Condizione aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA AZIONE DIRETTA	100		Senza limite di importo in relazione ai costi inerenti ai legali e ai tecnici designati dalla Società

## MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte dell'aderente potrà avvenire:

- in unica soluzione

## SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'Assicurando
------	---------------

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.



# 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)

**DA FIRMARE FRONTE RETRO**

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b);
- Adeguatezza dei contratti offerti;
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali;
- Fascicolo informativo.

.....  
*Data e Luogo*

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

<b>Cognome e Nome o Ragione Sociale:</b>			
<b>Codice Fiscale o Partita Iva:</b>			
<b>Indirizzo Residenza o Sede Legale:</b>			
<b>Cap / Città / Provincia</b>			
<b>Compagnia</b>	<b>Ramo</b>		

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, dichiara di avere ricevuto:

- **Copia della comunicazione informativa (Allegato nr. 7A) sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti**



.....  
*Il contraente*

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto:

- **Copia delle informazioni da rendere al Contraente PRIMA della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche (Allegato nr. 7B);**
- **La documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**



.....  
*Il contraente*



In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'ISVAP, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di aver ricevuto e presa visione dei:

- **Documenti componenti i fascicoli informativi delle polizze richieste.**



.....  
***Il contraente***

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **Confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, limitazioni, decadenze, postume, pregresse e clausola CLAIMS MADE.**



.....  
***Il contraente***

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **Acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;**
- **\_\_\_\_\_ Acconsento\* (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano, per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi dello Studio Losasso Broker S.r.l., nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato.)**

\*(ove l'interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché d'indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola NON alla parola acconsento.)

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.



.....  
***Il contraente***

