

## MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per COLPA GRAVE dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie – Convenzione CGIL Funzione Pubblica Milano

DATI DEL CONTRAENTE DEL MODULO DI ADESIONE (di seguito ASSICURATO) ALLA POLIZZA N. ITOMM11B1013046A0001

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
RESIDENZA / VIA NUMERO CIVICO		LOCALITA' / COMUNE	PROVINCIA
RECAPITI TELEFONICI – INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA			
CASA	UFFICIO	CELLULARE	MAIL

QUALIFICA DELL'ASSICURATO

AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'

DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA

EFFETTO DALLE ORE 24 DEL	SCADENZA
	<b>28.02.2014</b>

MASSIMALE	PERIODO DI RETROATTIVITA'
<b>€5.000.000,00</b>	<b>10 (dieci) anni</b>

CONTEGGIO DEL PREMIO ALLA FIRMA (riservato Compagnia)

PREMIO NETTO	IMPOSTE	PREMIO LORDO

CONTEGGIO DEL PREMIO RATE FUTURE (Riservato Compagnia)

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 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 nelle condizioni:

III – Modulo di Adesione; VI – Clausola Privacy; nonché gli articoli Art. 1 – Forma dell'assicurazione (“claims made”) – Retroattività; Art. 3 – Oggetto dell'assicurazione; Art. 8 – Esclusioni (in particolare quella dell'assicurazione “claims made”); Art. 17 – Recesso in caso di sinistro; Art. 20 – Gestione della Polizza; Art. 23 – 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 \_\_\_\_\_



Via Finocchiaro Aprile 14 – MILANO – Telefono: 02 654740 / 02 29062318  
Telefax: 02 29017169 – posta elettronica: info@coverallbroker.it

INVIARE I DUE MODULI  
COMPILATI E FIRMATI E COPIA  
DEL BONIFICO AL TELEFAX nr,  
**02.29017169** OPPURE  
ALL'INDIRIZZO MAIL:  
[info@coverallbroker.it](mailto:info@coverallbroker.it)

## MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione **RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE** per **COLPA GRAVE** dei  
Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie – Convenzione CGIL Funzione Pubblica MILANO

Qualifica dell'Assicurato	Premio annuo	Qualifica dell'Assicurato	Premio annuo
Direttore generale	€ 879,00	Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00
Direttore Sanitario e Sociale	€ 879,00	Medico convenzionato	€ 334,00
Dirigente Medico, Dirigente Medico Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00	Medico Specialista in formazione	€ 334,00
Componente del Comitato Etico	€ 479,00	Altro personale del comparto	€ 120,00
Direttore Amministrativo	€ 479,00		

**NOTA IMPORTANTE: La polizza scade il 28 febbraio di ogni anno.**  
**Le adesioni avvenute in corso di anno, fruiranno di una riduzione – per la sola prima annualità – come indicato:**  
**Adesione in aprile rid 10% \* Maggio rid 20% \* Giugno rid 30% \* Luglio rid 40% \* Agosto e restanti mesi rid 50%**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ aderisce alla polizza collettiva "RC per colpa grave dei Dipendenti di Aziende Ospedaliere e Sanitarie" versando l'importo di Euro \_\_\_\_\_ **INCLUSA** l'eventuale riduzione come da riquadro precedente, sul c/c **IT70B0623009480000030382625** presso CARIPARMA intestato a COVERALL Insurance Broker. Si allega bonifico attestante il pagamento.

**La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di adesione.**

### 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 **AD STAFF Srl** ed in ottemperanza del Regolamento ISVAP n. 5 del 16.10.2006 e n. 34 del 19.03.2010 dichiara di ricevere:

- 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 DLgs 196/2003 autorizzo COVERALL Insurance Broker 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 COVERALL Insurance Broker 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 * NOME	DATA	FIRMA	INDIRIZZO E-MAIL

### QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CERTIFICATO ASSICURATIVO

#### ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE

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 avere fornito le informazioni che precedono, ai fini della adeguatezza del certificato offerto.

**LUOGO E DATA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

Spettabile  
**COVERALL INSURANCE BROKER**  
Via Camillo Finocchiaro Aprile 14  
20124 MILANO

**R I C E V U T A**      **relativa alla consegna della documentazione  
precontrattuale (da compilare a cura del Contraente)**

**Il sottoscritto:**

Cognome e Nome/Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Residenza o sede legale in via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

**In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006,  
dichiara di avere ricevuto il modello Unico – Sezione A e B**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (1) \_\_\_\_\_

*(1) Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore.*

**LETTERA PRIVACY**

**INFORMATIVA AI CLIENTI DELL'AGENZIA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 Le comunichiamo quanto segue:

**FINALITA' DEL TRATTAMENTO:**

1. I dati personali sono trattati dall'intermediario ed eventualmente da sue filiali per attività di informazione commerciale e promozione presso lo/gli stessi clienti di prodotti o servizi assicurativi di Suo interesse.
2. Per le medesime finalità di cui al precedente punto, i dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo/finanziario con i quali l'agenzia intrattiene o intratterrà rapporti di reciproca collaborazione. A titolo esemplificativo tali altri soggetti possono individuarsi tra: imprese di assicurazione, coassicurazione e riassicurazione, agenti, sub-agenti, produttori ecc...

**MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI**

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il conferimento di tali dati è facoltativo e un eventuale mancato consenso da parte della clientela ai trattamenti sopra indicati non pregiudicherà l'esecuzione delle polizze assicurative stipulate.

**Fonte e natura dei dati**

I dati personali trattati dall'intermediario sono esclusivamente quelli forniti dai clienti in occasione di proposte e/o trattative pre-contrattuali finalizzate alla stipula di polizze assicurative ovvero in occasione della stipula di dette polizze limitatamente a quelli che consentono di contattare i clienti e di individuare le eventuali esigenze assicurative anche al fine di poter formulare adeguate proposte assicurative personalizzate. Resta in ogni caso escluso qualsiasi trattamento di dati sensibili per i fini sopra indicati. I dati personali della clientela non verranno in nessun caso diffusi. Il titolare dei dati personali è la titolare SCARPA MIRELLA

**DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Lei potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all'art. 10 D.Lgs 196/2003, conoscere l'esistenza o meno di propri dati personali, l'origine dei dati nonché la logica e le finalità del trattamento, ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati, opporsi al trattamento dei dati.

**CONSENSO DEL CLIENTE**

Preso atto dell'informativa sopra riportata e delle finalità del trattamento dei miei dati personali da parte dell'intermediario:

Consento  Non consento il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 1 dell'informativa (attività di informazione commerciale e/o promozione da parte dell'intermediario)

Consento  Non consento il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 dell'informativa (comunicazione a terzi operanti nel settore assicurativo/finanziario)

-----  
**LUOGO**

**DATA**

\_\_\_\_\_  
**COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Spettabile  
**COVERALL Insurance Broker**  
Via Finocchiaro Aprile 14  
20124 MILANO MI

li, \_\_\_\_\_

Oggetto: **Lettera di gestione contratto assicurativo**

Con la presente Vi affido l'incarico di gestione contratto, limitatamente alla polizza nr. **ITOMM11B1013046A0001 di AMTRUST – nr. Adesione** \_\_\_\_\_

Il presente incarico prevede che:

- controlliate la mia posizione assicurativa apportando, previo mio benestare, tutte le modifiche che riterrete più idonei ai miei interessi;
- Vi assumiate l'onere della gestione dei sinistri;
- provvediate al pagamento del premio alla Compagnia;

Resta inteso che nulla Vi è dovuto per le prestazioni e l'assistenza che mi offrirete, salvo specifiche consulenze particolari che saranno eventualmente pattuite a parte.

L'incarico ha effetto dalla decorrenza della polizza e sino alla scadenza della medesima e si intenderà tacitamente prorogato di un anno e così successivamente. L'invio della disdetta da una delle parti, o l'annullamento della polizza per qualunque causa, comporterà in automatico la cessazione della presente lettera di gestione.

Cordiali saluti.

-----

-----

-----

-----