

**MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
RC PROFESSIONALE COLPA GRAVE LLOYD'S DV17000SIM1**

Customer Care Service

800.186.038

da lunedì a venerdì: ore 9.30-12.30 e 13.30-18.00

@mail: simi@aon.it

Da:	A:	Aon S.p.A. Convenzione Medici Internisti SIMI
Data:		
Oggetto: Modulo Rinnovo - Convenzione RC Professionale Colpa Grave per i Soci SIMI		
ATTENZIONE La presente copertina fax ed i documenti contrassegnati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti ove necessario, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">• @mail all'indirizzo: simi@aon.it• fax al n. +39 02 8723.0069• posta all'indirizzo: Aon S.p.A. - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano – Convenzione SIMI		
Note (eventuali)		

**MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
RC PROFESSIONALE COLPA GRAVE LLOYD'S DV17000SIM1**

DATI ADESIONE

Data inizio periodo di Assicurazione:
ore 24.00 del

Data termine periodo di
Assicurazione: **31/12/2019**
ore 24.00 del

DATI DELL'ASSICURATO

Nome: Cognome:

Codice Fiscale:

Residenza:
(toponimo) (via/piazza/corso e n. civico) (CAP) (comune) (provincia)

Tel.: Fax: Cell: @-mail:

Struttura Sanitaria di Appartenenza: Provincia:

DETTAGLI ATTIVITA' ASSICURATA

Selezionare l'attività assicurata, il massimale e la retroattività desiderati.

OPZIONE 1 RETROATTIVITA' 10 ANNI

Descrizione attività assicurata	SCELTA MASSIMALE – RETROATTIVITA' 10 ANNI			
	€ 5.000.000	€ 2.500.000	€ 1.000.000	€ 500.000
dirigente medico del SSN	420	359	315	290
direttore medico di struttura semplice o complessa e medico primario	450	380	360	315
medico contrattista del SSN	365	310	275	240
medico specializzando/ personale universitario convenzionato	245	210	195	170

OPZIONE 2 RETROATTIVITA' ILLIMITATA

Descrizione attività assicurata	SCELTA MASSIMALE – RETROATTIVITA' ILLIMITATA SOVRAPPORTEIO 40%			
dirigente medico del SSN	588	502,6	441	406
direttore medico di struttura semplice o complessa e medico primario	630	532	504	441
medico contrattista del SSN	511	434	385	336

medico specializzando/ personale universitario convenzionato	343	294	273	238
--	-----	-----	-----	-----

Il premio è corrisposto in ragione di 1/12 per ciascun mese di effetto della polizza.

Nel caso di adesioni successive al 30/06 di ciascun anno, il premio da corrispondere è pari al 50% del premio annuo Lordo

L'Assicurato deve effettuare il pagamento del totale tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN IT 35 A 02008 05351 000102946587
BENEFICIARIO Aon S.p.A. – Via Andrea Ponti, 8/10 – 20143 Milano (MI)
CAUSALE SIMI + Cognome Nome+ Codice fiscale
PREMIO € _____ + €10 oneri amministrativi

RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRECEDENTI E/O IN CORSO

Esiste una polizza personale in corso a copertura degli stessi rischi?

In quale data è in scadenza la polizza in corso?

Negli ultimi 5 anni è venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze e/o Richieste di Risarcimento (come definiti nelle Condizioni di Polizza) inerenti l'attività professionale esercitata nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale?

In caso di risposta affermativa è necessario compilare ed inviare il Modulo Raccolta Informazione Sinistri.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
data	nome	cognome

Firma: _____

L'Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)

L'Assicurato, preso atto dell'Informativa sulla Privacy ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. n. 196/03, acconsente:

SI	- al trattamento dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) per le finalità di cui al punto 1-A dell'Informativa e nelle modalità di cui al punto 2;
SI	- alla comunicazione dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'Informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1-A della medesima Informativa;
SI NO	- allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nell'Informativa nei suoi confronti;

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	nome	cognome

Firma: _____

L'Assicurato

ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI OFFERTI

Avvertenza preliminare

Gli Intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Assicurato. L'Assicurato fornisce le informazioni necessarie ai fini dell'adeguatezza della proposta formulatagli, per ottenere l'emissione della Polizza conforme alle esigenze ed ai bisogni contenuti nel questionario assuntivo. Pertanto:

Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate?

1. le esigenze assicurative dell'Assicurato derivano da un obbligo di legge;
2. l'Assicurato ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
3. l'Assicurato ha ricevuto e preso visione del contenuto del Fascicolo Informativo e dell'Informativa Precontrattuale relativi al contratto assicurativo che intende sottoscrivere;
4. l'Assicurato ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle sue esigenze assicurative, intendendo tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme di denaro, a titolo di danno erariale, da corrispondere alla Pubblica Amministrazione in genere, a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave dell'Assicurato stesso; ovvero il risarcimento per Perdite Patrimoniali in conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere nell'esercizio dell'attività professionale, come esercente la professione sanitaria nell'ambito di una Struttura Sanitaria e Socio - Sanitaria Pubblica;
5. l'Assicurato è consapevole che la Polizza offerta opera in regime di "Claims made" e prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni di cui ha preso visione.

In caso di risposta negativa alle dichiarazioni che precedono, l'Assicurato, dopo aver valutato con l'Intermediario le caratteristiche del prodotto offerto, dichiara che non intende fornire alcun dettaglio circa le proprie esigenze assicurative ma di voler comunque sottoscrivere la Polizza, pur consapevole che, su ragguglio dell'Intermediario stesso, potrebbe non essere adeguata alle proprie esigenze assicurative.

--	--	--

data

nome

cognome

Firma:

l'Assicurato

L'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato, conformemente a tutte le norme vigenti in materia, per l'esercizio dell'attività professionale medico-sanitaria con regolare iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti.

L'Assicurato dichiara di esercitare l'attività professionale di medico o di personale sanitario nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza.

L'Assicurato dichiara di conferire ad Aon S.p.A., broker di assicurazioni iscritto al registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871, l'incarico di gestire la polizza assicurativa nascente dalla presente sottoscrizione.

L'Assicurato dichiara altresì di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker Aon S.p.A. e la decadenza dall'azione di responsabilità precisati nella parte V del modello "Informazioni da rendere all'Assicurato prima che lo stesso sia vincolato dal contratto."

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, come previsto dalle disposizioni dei Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010, il documento "Informazioni da rendere all'Assicurato prima che lo stesso sia vincolato dal contratto".

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto le Fascicolo Informativo della polizza "Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche".

L'Assicurato dichiara di accettare le Condizioni di Assicurazione e di voler sottoscrivere la Polizza "Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche" e manifesta la propria volontà in tal senso a mezzo della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta.

L'Assicurato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 c.c., dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

- | | |
|--|---|
| Art. 1 – Dichiarazioni dell'Assicurato | Art. 13 – Modalità del Rinnovo – Rescindibilità annuale |
| Art.2 – Reticenze e dichiarazioni inesatte | Art. 14 – Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione |
| Art. 4 – Forma dell'Assicurazione ("claims made") Retroattività | Art. 16 – Coesistenza di altre assicurazioni – Secondo rischio |
| Art. 6 – Limiti territoriali | Art. 17 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro |
| Art. 7 – Esclusioni | Art. 18 – Spese legali e gestione delle Vertenze |
| Art. 10 – Conclusione e durata dell'Assicurazione | Art. 21 - Clausola Broker |
| Art. 12 – Variazione del rischio | Art. 23 – Pagamento del Premio |

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che la Polizza "Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche". è intermediata mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti.

data	nome	cognome

Firma: _____
L'Assicurato

L'Assicurato dichiara di aver attentamente valutato e di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 e 1342 c.c.; le disposizioni dei seguenti articoli del Modulo "Informazioni da rendere l'Assicurato prima che lo stesso sia vincolato dal contratto."

Parte V – Limitazione della responsabilità civile professionale del broker e decadenza dall'azione di responsabilità.

data	nome	cognome

Firma: _____
L'Assicurato

DOCUMENTO PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con riferimento al Regolamento Europeo sulla protezione ed il Trattamento dei Dati Personali 2016/679 noto come "General Data Protection Regulation" (GDPR), La informiamo che sulla home page del portale Aon Privacy <https://www.privacy.aon.it/> potrà trovare l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali in cui vengono illustrati i dati che raccogliamo, la relativa modalità di trattamento ed i fondamenti giuridici alla base del Trattamento.

Dopo aver preso visione dell'Informativa e della presente dichiarazione di consenso e avendo avuto la possibilità di leggere e comprendere tali documenti, Io,

Cognome e Nome :

esprimo il mio esplicito consenso al trattamento dei dati personali da parte di Aon avente sede legale in Milano, Via Andrea Ponti n. 8/10 con riferimento al trattamento dei dati giudiziari, ovvero relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Data: **Firma:**