

## MODULO DI ADESIONE

### Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Lanciano Vasto Chieti

(modulo da inoltrare all'Intermediario)

DATI DEL SOGGETTO ADERENTE (ASSICURATO) ALLA POLIZZA N° ITOMM11B1013003A0001

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
VIA NUMERO	LOCALITÀ /COMUNE	PROV	CAP

QUALIFICA DELL'ASSICURATO (come da tabella di Polizza)

COD.	QUALIFICA
------	-----------

AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'

--

DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA

EFFETTO DALLE ORE 24 DEL	SCADENZA ORE 24 DEL
	<b>31 12 2012</b>

PER L'EFFETTO DELLA GARANZIA E LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO VEDERE ARTICOLO 21 - MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA

**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.**

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto e/o avere scaricato dal sito internet - area riservata ai dipendenti - le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali, facenti parte integranti del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte.

data \_\_\_\_\_

firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

- di aver preso atto che questa è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo;
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:  
Articolo 1- Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 17 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 20 - Gestione della Polizza; Articolo 23 - Precisazioni sulla operatività della garanzia.

data \_\_\_\_\_

firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 163/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

data \_\_\_\_\_

firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Intermediario:

(al quale inviare il Modulo di Adesione ed effettuare il pagamento tramite bonifico bancario)

#### Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers

Via Silvio Pellico 28/1  
Pescara, 65122 Italy  
Tel.: (39) 085.295248 - (39) 085.292268  
Fax: (39) 085.205 6192

cod. IBAN: IT 26 X 05550 15400 000000444869

C/C intestato ad AON SpA presso Banca Popolare di Lanciano e Sulmona

Causale del versamento:

Cognome Nome - adesione a polizza RC Colpa Grave medica  
n° TOMM11B1013003A0001