

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

- I. Le dichiarazioni dell'Aderente / Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano Vasto Chieti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Aderente / Assicurato.

**Dati dell'Aderente / Assicurato**

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	N. CELLULARE	FAX	
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)		NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)	

**DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA**

EFFETTO DALLE ORE 24.00 DEL \_\_\_\_\_

SCADENZA ORE 24.00 DEL **31/12/2017**

BARRARE	CATEGORIA DI RISCHIO	PREMIO LORDO ANNUO
<input type="checkbox"/>	Direttore Generale	€ 879,00
<input type="checkbox"/>	Direttore Sanitario e Sociale	€ 879,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Medico e Dirigente Medico Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Componente del Comitato Etico	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Direttore Amministrativo	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Medico Convenzionato	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Medico Specialista in formazione	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Altro personale del comparto	€ 120,00
<input type="checkbox"/>	Cessata attività (Articolo 10 – estensione di garanzia)	//

*Avvertenza: barrare con una X l'attività opzionata***1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited**

L'Aderente è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con AmTrust Europe Limited?

SI  NO 

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**2) Dichiarazioni dell'Aderente / Assicurato**

- L'Aderente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi in data non antecedente il 31.12.2005
- L'Aderente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

L'Aderente / Assicurato \_\_\_\_\_



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

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Aderente / Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, 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. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ L'Aderente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Intermediario:**

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

US Underwriting Solutions Via Santa Radegonda, 11 20121 Milano Tel. 02.45434617 – Fax 02.87230821 Email: <a href="mailto:underwriting.office@agencyus.it">underwriting.office@agencyus.it</a>	<b>IBAN: IT 35 L 02008 20411 000103186592</b> C/C intestato a US Underwriting Solutions S.r.l. Unicredit S.p.A. - Filiale Lombardia Ovest  Causale del versamento: <b>Cognome Nome – Adesione a Polizza Rc Colpa Grave medica n. ITOMM1502037</b>
---	---



**AmTrust Europe**  
An AmTrust Financial Company



**AmTrust Europe Limited**  
Sede Legale Market Square House  
St. James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano  
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 • R.E.A. 1969043

Mod. CGR 12 2014 Q