

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.° 777105002

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 777105002 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione, consegnarlo o inviarlo a mezzo fax alla FESMED ai numeri **02 29525521 – 06 92912131 – 06 41219591**
- 2)
- 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 01/03/2010;
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio pro-rata, 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°.

La FESMED 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. 777105002
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	Scelta del metodo di pagamento (X)		5.000.000 per sinistro e per anno	Scelta del metodo di pagamento (X)	
		mensilizzato	Unica soluzione		mensilizzato	Unica soluzione
Direttore Sanitario e Sociale	576	48				
Direttore Unità Operativa	576	48		800	66,66	
Dirigente Medico e Veterinario	576	48		800	66,66	
Componente del Comitato Etico	576	48				
Medico Specialista in Formazione	576	48		800	66,66	
Medico Convenzionato	576	48		800	66,66	
Medico Contrattista	576	48		800	66,66	
Direttore Generale	408	34				
Direttore Amministrativo	408	34				
Ostetriche	576	48		800	66,66	
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite	50%		50% premio annuo lordo procapite	50%	
Condizione aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA AZIONE DIRETTA	100	8,33		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, per i casi A. e B. di cui alla sezione "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" del presente modello:

- mensilmente tramite disposizione presso la propria banca di "ordine permanente di bonifico"

oppure:

- in unica soluzione

mentre per i casi previsti al punto B. della medesima sezione:

- esclusivamente in un'unica soluzione.

Per entrambe i casi il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore della HORUS CONSULENTI ASSOCIATI – Tel. 06 4116835 – Fax 06 41219591 – Mail segreteria@horusnetwork.it – in qualità di Agente Mandatario dell'Impresa assicuratrice, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

- BANCA POPOLARE DI ANCONA
- Codice IBAN IT69L053080321000000010641

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.

