

**MODULO DI ADESIONE R.C. PROFESSIONALE
DEGLI OPERATORI SANITARI - MEDICI**

Il sottoscritto dichiara di voler stipulare la polizza N.ro OPS/09000/15 della Convenzione SNAMI SICILIA con la Spettabile Torus Insurance (UK) Limited per la copertura dei rischi di R.C. Professionale per il massimale ed il premio di seguito indicati.

Dati del Contraente:

Cognome, Nome / Ragione Sociale		
Codice fiscale / P. IVA		
Data di nascita / Luogo di nascita	/ /	
Indirizzo residenza / Sede Legale		
C.A.P. / Località / Provincia		
Indirizzo e-mail / PEC		
N. Telefonico / N. Fax / N. Cellulare.		

Dati dell'Assicurato - Se il Contraente è uno Studio Associato o una Società la garanzia è prestata a favore di:

Cognome e Nome:		
Codice fiscale / P. IVA		
Data di nascita / Luogo di nascita	/ /	
Indirizzo residenza		
C.A.P./Località/Provincia		
Indirizzo e-mail / PEC		
N. Telefonico / N. Fax / N. Cellulare		

Data iscrizione all'Ordine	/ /
Riportare l' attività esercitata fra quelle elencate nelle "Specialità Mediche Assicurabili" della Tabella Premi della pagina successiva	

Se SPECIALIZZANDO riportare:

1. il tipo di specializzazione	
2. la data di inizio del corso (gg/mm/anno)	
3. la durata	

Data di decorrenza dalle ore 24:00 del	/ /
Data di scadenza alle ore 24:00 del	/ /

Dichiarazioni dell'Assicurato:

Assicuratore dell'annualità precedente		
Sinistri negli ultimi 5 anni:	<input type="checkbox"/> SI N. sinistri ___ (breve descrizione)	<input type="checkbox"/> NO
Data avvenimento	Controparte	
Eventuale somma liquidata	Assicuratore	
Breve descrizione del danno		

Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati, datati e firmati, e di indicare i rimandi del caso.

NOTA BENE

In presenza di sinistri astenersi dal pagamento del premio e richiedere specifica quotazione.

SPECIALITA' MEDICHE ASSICURABILI

- Amministratore di Struttura Sanitaria

- Allergologia

- Analista al microscopio

- Anatomia Patologica

- Angiologia

- Audiologia

- Cardiologia Clinica

- Dietologia / Nutrizionista / Scienza dell'alimentazione

- Dermatologia e Venereologia

- Diabetologia

- Ecografista

- Ematologia

- Endocrinologia

- Epatologia

- Epidemiologia

- Farmacologia

- Fisiatria / Medicina Fisica e Riabilitativa

- Fisico Medico

- Foniatria

- Gastroenterologia

- Geriatria

- Gerontologia

- Igiene e Medicina preventiva

- Immunologia

- Infettivologia

- Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, batteriologiche e istologiche

- Medico dello sport

- Medico Legale, Medico Competente-Ispettore Sanitario, Medico Fiscale, Medicina del lavoro (Compresa Condizione Aggiuntiva di cui all'art. 30)

- Medico di Medicina Generale o di Base

- Medicina dei servizi in regime di rapporto convenzionato SSN

- Ex Medicina penitenziaria in regime di rapporto convenzionale SSN

- Medicina Fiscale in regime di rapporto convenzionato SSN o INPS

- Medici SASN (Servizi assistenti naviganti non a bordo di navi)

- Medicina Interna

- Nefrologia

- Neolaureato

- Specializzando

- Neurologia

- Neurofisiopatologia

- Neuropsichiatria Infantile

- Oculistica

- Ortopedia

- Otorinolaringoiatria

- Oncologia

- Pediatria (esclusa neonatologia, rianimazione neonatale e pediatria chirurgica)

- Pneumologia

- Psichiatria

- Reumatologia

TABELLA PREMI

MASSIMALE	PREMIO (Comprensivo di imposte del 22,25%)
<input type="checkbox"/> € 5.000.000,00	€ 635,00
<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	€ 450,00
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Particolari di Polizza € 270,00
<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Particolari di Polizza € 280,00

Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

Neolaureati: entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico. Tale agevolazione viene riconosciuta ai Sanitari che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico prima del compimento dei trenta anni e questo beneficio sarà applicato per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma non oltre il compimento del 34° anno di età. **Specializzandi:** avranno diritto allo sconto fino al compimento dell'età anagrafica di 34 anni.

- Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) Art. 3)
- Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (Art. 30)

DICHIARAZIONE

COPERTURE DI SECONDO RISCHIO

Agli effetti dell'Art. 1910 C.C. il sottoscritto dichiara che per lo stesso rischio ha in corso altra copertura assicurativa stipulata con la Società _____ scadente il _____ per i seguenti massimali:

Responsabilità Civile Terzi € _____ per sinistro, col limite di € _____ per persona e di € _____ per danni a cose ed animali.

Responsabilità Civile Operai € _____ per sinistro, col limite di € _____ per persona.

L'Assicurato per la dichiarazione

In relazione a quanto precede, i nostri rapporti sono regolati secondo quanto di seguito precisato:

1. Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e decorre dalle ore 24 della data del pagamento o da quella della decorrenza riportata sul modulo di adesione se posteriore.
2. Il premio va corrisposto in un'unica soluzione.
3. In mancanza di disdetta, da notificarsi a mezzo lettera raccomandata con preavviso di almeno 30 giorni dalla data di scadenza, l'adesione verrà prorogata per un'ulteriore annualità ed il premio è dovuto per intero. In caso di ritardato od omesso pagamento troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.

L'Assicurato _____

Dichiaro di essere in possesso del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo in forma collettiva standardizzata n. **OPS/09000/15** stipulato tra SNAMI SICILIA e Torus Insurance (UK) Limited, al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni.

L'Assicurato _____

Ai sensi e per gli effetti degli art.1341 e 1342 c.c. dichiaro di accettare specificatamente gli Art. delle Condizioni Generali di polizza. 1 (Dichiarazioni dell'Assicurato e aggravamento del rischio), 3 (Recesso in caso di sinistro), 6 (Foro competente) e gli articoli delle Condizioni Addizionali n.ri: 10 (Esclusioni), 11 (Ulteriori esclusioni), 12 (Esclusione degli interventi invasivi), 19 (Copertura assicurativa di primo e secondo rischio), 22 (Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole), 24 (Denuncia dei sinistri), 25 (Limiti di indennizzo e franchigia), e l'Art. 30 delle Condizioni Particolari (Attività di Medico Legale e/o Medico competente e/o Medico fiscale – Perizie – Consulenza Certificazioni (Garanzia Perdite Patrimoniali)) del contratto assicurativo n° **OPS/09000/15** stipulato tra SNAMI SICILIA e Torus Insurance (UK) Limited.

L'Assicurato _____

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento IVASS n. 5/2006.

L'Assicurato _____

Dichiaro di aver ricevuto, in ottemperanza all'art. 49 comma 3 del regolamento IVASS n. 5/2006 e del provvedimento n. 2720/2009, l'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni all'atto della compilazione del presente modulo di adesione.

L'Assicurato _____

Luogo e data _____