

Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
 Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
 Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nel Certificato di Adesione.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

1) Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

1 Milioni 2 Milioni 3 Milioni

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra:

No retroattività* 2 anni* 3 anni* 5 anni* illimitata

*Se scelgo altra retroattività rinuncio alla retroattività illimitata



Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

3) Qualifica del Proponente/Assicurato

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
1	Medicina di base (Chirurgia Minore)* Ortodontista	
2	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*	
	Medicina Generale con attività invasiva	
	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia	
	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*	
3	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva Endocrinochirurgia Medicina d'Urgenza e 118	
	Pneumologia con attività invasiva	
	Medicina interna con attività invasiva	
	Malattie infettive con attività invasiva Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica Radiologia Interventista e neuroradiologia Neurologia con atti invasivi Terapia del dolore con atti invasivi	
	Andrologia con attività chirurgica Cardiologia interventistica Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
5	Urologia	
	Oncologia e Senologia	
	Gastroenterologia	
	Chirurgia pediatrica Anestesia, rianimazione e terapia intensiva con attività invasiva	
6	Ematologia con attività invasiva	
	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
	Medicina estetica con attività invasiva	
7	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica) Chirurgia Generale	
	Chirurgia addominale	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)	
8	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica) Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia) Cardiochirurgia Angiologia Chirurgia Ricostruttiva	

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	mettere X
1	Audiologia	
	Psicologia Clinica	
	Scienze dell'alimentazione	
	Medicina legale	
	Epatologia	
	Malattie infettive	
	Radioterapia	
	Neuropsichiatria	
	Medicina Termale	
	Malattie Tropicali	
	Neuropsichiatria infantile Medicine non convenzionali e osteopatiche	
2	Igiene degli alimenti	
	Medicina di Base	
	Medicina del lavoro	
	Allergologia e Immunologia clinica	
	Igiene e medicina preventiva	
	Medicina Aeronautica e spaziale Terapia del dolore e cure palliative Ematologia e Medicina Trasfusionale	
3	Dermatologia- Venereologia	
	Odontoiatria senza implantologia	
	Stomatologia senza implantologia	
	Tossicologia medica	
	Angiologia e Flebologia	
	Geriatrics	
	Medicina generale	
	Microbiologia/Virologia	
	Psichiatria	
	Anatomia patologica	
	Patologia Clinica	
Reumatologia		
4	Pediatria senza neonatologia	
	Medicina di comunità	
	Biochimica Clinica	
	Medicina Nucleare	
	Genetica Medica	
	Farmacia Ospedaliera	
	Fisica Medica	
	Pneumologia	
	Diabetologia e malattie del metabolismo	
	Endocrinologia e malattia del ricambio	
	Neurofisiopatologia Farmacologia Neurologia Medicina fisica riabilitativa Medicina interna Medicina dello sport	

Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE TABELLA 1

fascia	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	Mettere X
9	Pediatria con neonatologia e TIN	
10	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
	Chirurgia toracica	
	Chirurgia della mano	
	Chirurgia Protesica	
	Chirurgia del piede	
	Chirurgia della spalla	
	Chirurgia del ginocchio	
	Chirurgia Ortopedica oncologica	
	Chirurgia dell'anca	
	Chirurgia Ortopedica pediatrica	
	Traumatologia e Pronto Soccorso	
	Chirurgia d'urgenza e 118	
	Chirurgia vascolare	
11	Neurochirurgia	
	Chirurgia Estetica Plastica Ginecologia con fecondazione assistita (esclusa ostetricia)	
12	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
	Chirurgia vertebrale	

NOTA: *Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.

ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE TABELLA 2

fascia	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	Mettere X
5	Urologia	
	Cardiologia	
	Medicina d'urgenza	
	Andrologia	
	Gastroenterologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Oncologia	
	Nefrologia	
	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici	
	Medicina estetica	
6	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese infiltrazioni	
	Radiodiagnostica (no mammografia)	

****Tab 1 Fascia 4 per quanto riguarda la classe Ortopedia con chirurgia minore e senza traumatologia, la stessa si differenzia dalle altre classi di maggiore rischio perché è relativa ad interventi di artroscopia elettiva, senza riduzioni cruento.**

La convenzione Orthopea è riservata ai soli soci per le specializzazioni indicate in ROSSO e in grassetto, potranno essere assicurate altre attività e o specializzazioni se solo a minor rischio e o nella medesima fascia.

4) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

4.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____



AmTrust International Underwriters
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters Limited
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Paolo da Cannobio, 9 • 20122 Milano
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047

Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

4.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

5) Indicare la decorrenza della Polizza:

6) Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

7) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / 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 nel Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente 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 Proponente / Assicurato _____

Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato SI NO
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____ %
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici Associati Orthopea

2) Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro progressivo si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un procedimento civile ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

Modulo di Proposta per Legal Protection Executive

Modulo di raccolta dati da inviare a mezzo fax allo **02. 89.78.68.55** Per informazioni tel. **02. 89.78.68.11**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita		Luogo di nascita Prov.
Ordine di	Iscrizione Nr	Associazione
Specializzazione		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel		Fax
MASSIMALE	€	30.000,00
IMPORTO TOTALE	€	
Effetto*	Scadenza	
<small>La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento</small>		
Pagamento:		
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario: Banca Popolare di Vicenza C/C UA Underwriting Agency Srl IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome		

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____

(Firma del Contraente)



UA Underwriting Agency S.r.l.

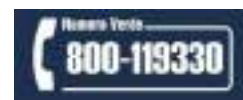
Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



Modulo di Adesione per la Tutela Legale Dei Medici Liberi Professionisti

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
 Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituire parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
 Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Tutela Legale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è finalizzata a rendere indenne l'Assicurato dalle spese legali connesse alle imputazioni penali e/o sanzioni amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

A. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Tutela Legale.

Tutela Legale: Non è mai stato assicurato È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

- Indicare con una X se:
- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
- È stata disdetta la polizza per sinistro
- Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza
- È stato rifiutato il rinnovo della polizza

B. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti azioni legali

Indicare se sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

Modulo di Adesione per la Tutela Legale Dei Medici Liberi Professionisti

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti B.1 e B.2 del presente modulo si rammenta al proponente assicurato quanto disposto al punto II. Della sezione "Avviso Importante"

C. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica in cui è svolta la propria attività (a prescindere dalla specializzazione)

		PREMIO LORDO ANNUO
<input type="checkbox"/>	A MEDICI SPECIALISTI CHE NON SVOLGONO ATTIVITÀ INVASIVE NÉ INTERVENTI CHIRURGICI	€ 120,00
<input type="checkbox"/>	B MEDICI SPECIALISTI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ INVASIVE SENZA INTERVENTI CHIRURGICI	€ 170,00
<input type="checkbox"/>	C MEDICI SPECIALISTI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ INVASIVE E INTERVENTI CHIRURGICI CON ESCLUSIONE DELLE SEGUENTI SPECIALIZZAZIONI: GINECOLOGIA, ORTOPEDIA, NEUROCHIRURGIA, CARDIOCHIRURGIA	€ 190,00
<input type="checkbox"/>	D MEDICI SPECIALISTI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ INVASIVE E INTERVENTI CHIRURGICI NELLE SEGUENTI SPECIALIZZAZIONI: GINECOLOGIA, ORTOPEDIA, NEUROCHIRURGIA, CARDIOCHIRURGIA	€ 290,00

Indicare a) l'eventuale decorrenza di polizza b) il massimale da assicurare **€ 30.000,00**

Retroattività per sinistri in ambito penale **2 anni** retroattività per sinistri in ambito amministrativo **5 anni**

D. Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

E. Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che è un contratto di assicurazione finalizzato alla copertura delle spese legali connesse ad imputazioni penali o sanzioni amministrative 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 nel Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Adesione.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente 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 Proponente / Assicurato _____



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

Modulo di proposta per Polizza 3 Virus

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55** Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Assicurato	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita Prov.
Ordine di	Iscrizione Nr. Associazione
Specializzazione	
Azienda	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel.	Fax
MASSIMALE	€ 100.000,00
IMPORTO TOTALE	€ 25,00
Effetto* __ __ ____	Scadenza __ __ ____
*La Polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento	
Pagamento:	
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario: Banca Popolare di Vicenza C/C UA Underwriting Agency Srl	
IBAN: IT45U0572801600023571292280 - Causale: nome e cognome	

Luogo e data _____ |__|__|____|

(Firma del Contraente)



UA Underwriting Agency S.r.l.

Ag. Gen. AmTrust International Underwriters

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. 7B**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:

acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- _____ **acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. +39 02.89.78.68.11 - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - info@underwriting.it - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016



- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente _____ **Codice**

Fiscale/Partita Iva _____ **Indirizzo/Sede**

Legale _____

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunati; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? _____

- | | |
|---|---|
| ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |
| ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto | <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO |

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario  Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza _____

.....
L'intermediario  Il contraente

UA Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Europe

20144 Milano Viale San Michele del Carso 11 Tel. **+39 02.89.78.68.11** - Fax +39 02.89.78.68.55

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - **info@underwriting.it** - PEC info@uaunderwritingagency.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016





SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE ORTHOPEA

Da inviare via fax allo: **02. 02.89.78.68.55**
unitamente al modulo di proposta

Cognome	Nome		
Luogo	Prov.	Data di nascita	/ /
Telefono / cellulare	E-mail		
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Cod. Fiscale			
Ragione sociale Azienda / Ente			
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Telefono	Fax		
Recapiti corrispondenza preferiti : <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> aziendali			
Professione/specializzazione			
Ordine / Albo / Collegio di			
Numero di iscrizione	in data / /		

Richiede l'iscrizione all' Associazione ORTHOPEA

- AUTORIZZA il presidente dell'Associazione ORTHOPEA al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione ORTHOPEA tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 20,00** per l'anno in corso
- SI IMPEGNA a leggere lo Statuto dell'Associazione ORTHOPEA sul sito www.orthoepa.it

Data _____ Firma _____

ORTHOPEA
20129 Milano via Plinio 3
CF: 97745680153
www.orthoepa.it