



**MODULO DI ADESIONE POLIZZA CONVENZIONE**  
**RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE COLPA GRAVE Dipendenti Aziende Sanitarie**  
 iscritti al **Centro Studi Medical Malpractice**

**Compagnia Delegataria: AMTRUST EUROPE**

**DATI DEL CONTRAENTE DEL MODULO DI ADESIONE (di seguito ASSICURATO)**

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA

**QUALIFICA DELL'ASSICURATO**

SPECIALIZZAZIONE
RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**AZIENDA PRESSO LA QUALE E' SVOLTA L'ATTIVITA'**

--

<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario e Sociale
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico, Veterinario e Medico Universitario	<input type="checkbox"/> Componente del Comitato Etico
<input type="checkbox"/> Dirigente Sanitario non Medico	<input type="checkbox"/> Medico convenzionato
<input type="checkbox"/> Medico Specialista in formazione	<input checked="" type="checkbox"/> Personale del comparto non Dirigente

**DECORRENZA DELLA GARANZIA - indicare l'effetto scelto**

PER LE DATE DI EFFETTO SOTTO RIPORTATE LA SCADENZA SARÀ IL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO					
POLIZZA NR. ITOMM11B1013023A0001	SCADENZA RATA 31 / 12 / 2012		SCADENZA POLIZZA 31 / 12 / 2014		
<input type="checkbox"/> 31 Dicembre	<input type="checkbox"/> 31 gennaio	<input type="checkbox"/> 28 Febbraio	<input type="checkbox"/> 31 Marzo	<input type="checkbox"/> 30 Aprile	<input type="checkbox"/> 31 Maggio


PER LE DATE DI EFFETTO SOTTO RIPORTATE LA SCADENZA SARÀ IL 30 GIUGNO DI OGNI ANNO					
POLIZZA NR. ITOMM11B1013023A0002	SCADENZA RATA 30 / 06 / 2013		SCADENZA POLIZZA 30 / 06 / 2015		
<input type="checkbox"/> 30 Giugno	<input type="checkbox"/> 31 Luglio	<input type="checkbox"/> 31 Agosto	<input type="checkbox"/> 30 Settembre	<input type="checkbox"/> 31 Ottobre	<input type="checkbox"/> 30 Novembre

**DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA**

<b>MASSIMALE Euro 5.000.000,00</b>	<b>PERIODO DI RETROATTIVITÀ 10 (dieci) anni</b>
------------------------------------	---


La garanzia decorrerà così come indicato nell'Articolo 21 - Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'Assicurato dichiara di ricevere e/o avere scaricato dal sito [www.malpractice.it](http://www.malpractice.it) le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti l'Informativa all'Assicurato sul 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 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 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; Articolo 24 - Reticenze e dichiarazioni inesatte

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 \_\_\_\_\_ 