



**MODULO DI ADESIONE
CONVENZIONE ASSICURATIVA SIBioC
PERIODO ORE 24.00 DEL 31.12.2018– ORE 24.00 DEL 31.12.2019**

Customer Care Service

800.186 038

da lunedì a venerdì: ore 9.30-12.30 e 13.30-18.00

@mail: polizzasibioc@aon.it

| | | |
|--|----|--|
| Da: | A: | Aon S.p.A. / Professional Services Convenzione SIBioC |
| Data: | | |
| Oggetto: Polizza Convenzione Responsabilità Civile e Colpa Grave | | |
| ATTENZIONE La presente copertina ed i documenti contrassegnati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti ove necessario, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">• @mail all'indirizzo: polizzasibioc@aon.it• posta all'indirizzo: Aon S.p.A. - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano – Convenzione SIBioC | | |
| Note (eventuali) | | |
| ATTENZIONE: N ° 5 PAGINE DA RINVIARE DEBITAMENTE SOTTOSCRITTE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO, TOTALE 8 FIRME | | |

**MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE
LLOYD'S N° F1800007227**

| DATI DELL'ADERENTE | |
|---|------------------|
| Cognome Nome | |
| Codice Fiscale | |
| Data e luogo di nascita | |
| CAP – Località – Provincia | |
| Indirizzo residenza | |
| N. Telefonico – N. Fax – N. Cellulare | |
| @mail | |
| Data iscrizione all'ordine dei medici | |
| Azienda presso la quale svolge l' Attività | |
| CARICA PRECEDENTEMENTE RICOPERTA | ATTIVITA' |
| | |
| | |

ADESIONE E SCELTA DELLE GARANZIE

Sezione 1 – Responsabilità Civile e colpa Grave Lloyd's

ATTIVITA' ASSICURABILI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio esclusivo della seguente attività:

| TABELLA PREMI | | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------------------|----------------|--------------|
| Codice SIP | Categoria SIP | Attività | Massimale | Premio annuo |
| <input type="checkbox"/> | A | DIRIGENTE MEDICO E VETERINARIO | € 2.500.000,00 | € 256 |
| <input type="checkbox"/> | B | MEDICI CONVENZIONATI E CONTRATTISTI | € 2.500.000,00 | € 256 |
| <input type="checkbox"/> | C | DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO | € 2.500.000,00 | € 256 |
| <input type="checkbox"/> | D | MEDICI SPECIALISTI IN FORMAZIONE | € 2.500.000,00 | € 256 |

AVVERTENZA:

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza 31/12 di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12 per ogni mese di garanzia, con un minimo assoluto di premio pari a 8 mesi di garanzia 171

LA GARANZIA DECORRE DALLE ORE 24.00 DEL GIORNO DEL PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO, SALVO CHE PER GLI ASSOCIATI CHE RINNOVANO LA COPERTURA ASSICURATIVA. IN QUESTO CASO, IL PREMIO DEVE ESSERE CORRISPOSTO ENTRO IL 31.01.2019 PER MANTENERE LA CONTINUITA' ASSICURATIVA.

DETERMINAZIONE DEL PREMIO MODALITA' DI PAGAMENTO

| | |
|-----------------------------|--|
| C/C POSTALE | 25057209 |
| BENEFICIARIO | SIBioC -SOCIETÀ ITALIANA DI BIOCHIMICA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA |
| CAUSALE OBBLIGATORIA | Nome Cognome + Polizza Assicurativa |
| | |
| IBAN | IT 48 D 03359 01600 100000119507 |
| BENEFICIARIO | SIBioC- SOCIETÀ ITALIANA DI BIOCHIMICA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA |
| CAUSALE OBBLIGATORIA | Nome Cognome + Polizza Assicurativa |

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE LLOYD'S N° F180007227

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di essere consapevole che la Polizza/Convenzione Responsabilità Civile e Colpa Grave – Lloyd' S è intermediata mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti.

Firma: _____

_____ data

_____ nome e cognome

l'Aderente _____

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto, come previsto dalle disposizioni dei Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010, le informazioni precontrattuali, contenute nel documento denominato "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto", disponibile anche presso il sito <http://www.sibioc.it/>
- di avere preso visione e di accettare le Condizioni di Contratto e le Condizioni di Assicurazione di cui alle Convenzioni Responsabilità Civile e Colpa Grave sottoscritta da SIBIOC Società Italiana di biochimica clinica e biologia molecolare clinica è visionabile sul <http://www.sibioc.it/>
- di avere ricevuto e di avere preso visione delle predette Condizioni di Contratto e Condizioni di Assicurazione ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 5/2006 ed Art. 30 n. 7 del Regolamento IVASS n. 35/2010.
- di essere consapevole che l'iscrizione a SIBIOC è condizione necessaria per l'efficacia delle garanzie.

Firma: _____

_____ data

_____ nome e cognome

Il sottoscritto dichiara di affidare in via esclusiva la gestione della/e copertura/e assicurativa/e e degli eventuali sinistri di Responsabilità Civile e colpa grave d Aon S.p.A., broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.

L'aderente dichiara altresì di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker e la decadenza dall'azione di responsabilità precisati nella Parte V delle "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto" disponibili presso il sito <http://www.sibioc.it/>

Firma: _____

_____ data

_____ nome e cognome

l'Aderente _____

L'aderente dichiara di aver attentamente valutato e di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 e 1342 c.c., le disposizioni dei seguenti articoli del Modulo "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto": PARTE V – Limitazione della responsabilità civile professionale del broker e decadenza dall'azione di responsabilità, disponibili presso il sito <http://www.sibioc.it/>

Firma: _____

_____ data

_____ nome e cognome

l'Aderente _____

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RELATIVE ALLA POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano di conoscere il contenuto delle Condizioni sopra menzionate e di approvare specificamente le seguenti clausole delle

Condizioni Aggiuntive:

Art. 1 – Informazioni generali ;Art. 3 Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni; Art. 5 Aggravamento e diminuzione del rischio; Art. 13 – Reclami;

Condizioni Generali:

Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato; Art. 4 – Forma dell' Assicurazione (formula "Claims Made")- Retroattività ; Art. 7 -Spese legali e gestione delle vertenze; Art. 9 - Limiti Territoriali Art. 10.01 - Esclusioni; Art. 10.2 - Ulteriori Esclusioni; Art. 16 - Risoluzione annuale; Art.17 - Coesistenza di altre Assicurazioni-Secondo rischio - Art.- 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro; Art - 22 clausola Broker Art. 24 - Premio; Clausola di Responsabilità disgiunta

Firma: _____

_____ data

_____ nome e cognome

l'Aderente _____

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE LLOYD'S N° F180007227

L'aderente dichiara di aver compreso le esclusioni dell' Art.10 delle condizioni di Assicurazione, pertanto: non ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione.

L'assicurato dichiara inoltre di non essere a conoscenza di fatto e circostanze che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, o che potrebbero ragionevolmente darvi luogo, a seguito di formale notizia, segnalazione o anticipazione ricevuta dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Corte dei Conti precedentemente alla stipula del presente contratto.

L'aderente dichiara infine di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

ADEGUATEZZA

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Aderente. Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative dell'Aderente, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza. Pertanto:

Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate?

- I. L'Aderente intende tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme da corrispondere a titolo di risarcimento per danni involontariamente cagionati a terzi a seguito di errori ed omissioni colposi direttamente connessi all'esercizio dell'attività professionale di Medico (RC PROFESSIONALE) SI
- II. L'Aderente è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, evidenziati in apposite sezioni (Parte VIII, IX e X) del documento "Informazioni da rendere al Contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto", di cui ha preso visione con la sottoscrizione del presente modulo NO

In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede, l'Aderente dichiara che non intende fornire alcuna dichiarazione circa le proprie esigenze assicurative ma di voler comunque sottoscrivere la polizza per la Responsabilità Civile Professionale e Tutela Legale se espressamente richiamata, pur consapevole che potrebbe non essere adeguata rispetto alle proprie esigenze assicurative.

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

AVVISO PER IL PROPONENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 35/2010 si ricorda che la documentazione precontrattuale e contrattuale è pubblicata al link <http://www.sibioc.it/>

È diritto del ciascun proponente/assicurato di richiedere la documentazione sopra indicata anche a mezzo fax-posta/ supporto cartaceo facendone richiesta all'indirizzo polizzasibioc@aon.it

DOCUMENTO PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con riferimento al Regolamento Europeo sulla protezione ed il Trattamento dei Dati Personali 2016/679 noto come “General Data Protection Regulation” (GDPR), La informiamo che sulla home page del portale Aon Privacy <https://www.privacy.aon.it/> potrà trovare l’Informativa sul Trattamento dei Dati Personali in cui vengono illustrati i dati che raccogliamo, la relativa modalità di trattamento ed i fondamenti giuridici alla base del Trattamento. Dopo aver preso visione dell’Informativa e della presente dichiarazione di consenso e avendo avuto la possibilità di leggere e comprendere tali documenti, Io,

Cognome e Nome :

esprimo il mio esplicito consenso al trattamento dei dati personali da parte di Aon avente sede legale in Milano, Via Andrea Ponti n. 8/10 con riferimento al trattamento dei dati giudiziari, ovvero relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data:

Firma: