

ALLEGATO A - MODULO DI ADESIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' per COLPA GRAVE del PERSONALE DI STRUTTURE SANITARIE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____, residente in _____, via _____, codice fiscale
_____, e-mail _____ in _____ di
_____ presso l'Azienda _____ specializzato in

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' per COLPA GRAVE

con decorrenza dal _____ al _____

L'aderente dichiara di non essere direttore / dirigente / amministratore di RSA ?	SI	NO
---	-----------	-----------

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con Lloyd's Insurance Company S.A. di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 1.1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C) di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di sottoscrizione della presente scheda di adesione. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale o la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo.
- D) di non essere stato oggetto in precedenza di azioni disciplinari intentate nei miei confronti

Data _____ FIRMA _____

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- 1) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- 2) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- 3) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Data _____ FIRMA _____

Dichiaro di aver ricevuto e letto l'informativa privacy allegata al presente documento, di averne compreso il contenuto e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità inerenti la gestione del mio contratto assicurativo

Data _____ FIRMA _____

<p>Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto la documentazione pre-contrattuale costituita da</p> <ul style="list-style-type: none">a) Documento Informativo Precontrattualeb) Condizioni di Assicurazione;c) Questionario e modulo di proposta. <p>Data _____ Firma Contraente _____</p>
--