

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 _____ qualità 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 |
| L'aderente ha mai lavorato come libero professionista e/o come convenzionato presso cliniche private nel periodo precedente ad aprile 2017? | SI | NO |
| L'aderente svolge o ha mai svolto la sua attività, prima dell'aprile 2017, intrattenendo un rapporto contrattuale diretto coi suoi pazienti? | 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 _____

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto la documentazione pre-contrattuale costituita da

- a) Documento Informativo Precontrattuale**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Questionario e modulo di proposta.**

Data _____

Firma Contraente _____