

## MODULO DI ADESIONE

Polizza di Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria  
Locale di Pescara  
**(Modulo da inoltrare all'intermediario)**

Dati del soggetto aderente alla polizza n. .... Della Compagnia AM TRUST

Cognome e Nome	Codice Fiscale
Domicilio / Via / Numero	Località / Comune

Qualifica dell'Assicurato

--

Azienda presso la quale è svolta l'attività: .....

### Decorrenza e scadenza della garanzia

Effetto dalle ore 24:00 del	Scadenza	<b>Massimale</b>	<b>Periodo di retroattività</b>
	Ore 24:00 del 30.04.2016	€ 5.000.000,00 per sinistro	Anni dieci

### Premio per categoria

CATEGORIA	ASSICURATI	PREMIO PRO CAPITE
<input type="checkbox"/>	Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo	€ 600,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Medico, Medico Veterinario e Medico Universitario	€ 550,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Sanitario non medico	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Quadri (categoria D e DS, ruolo sanitario)	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Componenti del Comitato Etico	€ 600,00
<input type="checkbox"/>	Personale sanitario convenzionato	€ 550,00
<input type="checkbox"/>	Altro personale sanitario del comparto (infermieri di base, ecc)	€ 100,00
<input type="checkbox"/>	Medici specialisti in formazione	€ 450,00
<input type="checkbox"/>	Dirigenti Amministrativi, Professionali e Tecnici	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Quadri (categoria D e DS, ruolo amministrativo)	€ 250,00
<input type="checkbox"/>	Altro personale amministrativo non dirigente	€ 100,00
<input type="checkbox"/>	Personale tecnico non dirigente (vedi Tecnici)	€ 100,00

Limitatamente alle adesioni avvenute nel mese successivo a quello di decorrenza (ore 24:00 del 30.04.2013) la copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di effetto della polizza stessa a condizione che il Modulo di Adesione ed il relativo premio siano stati rispettivamente sottoscritti e versati entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza della polizza, altrimenti avrà inizio dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Per le adesioni successive a quelle sopra indicate, la copertura avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il modulo di adesione (mese di adesione) a condizione che il relativo premio sia versato entro l'ultimo giorno del mese stesso, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

L'Assicurato dichiara di ricevere e/o avere ricevuto le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti l'informativa al Cliente per il trattamento dei dati personali, facenti parte integranti del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte e ai sensi della normativa del Codice Privacy presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento all'esterno dei dati ivi compresi, dati sensibili e variazioni degli stessi, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni del Contratto.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti dell'artt. 1341 e 1342 del Codice Civile dichiara:

- Di aver preso atto che questo 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 il periodo stesso;
- Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:  
art. 1 "Forma dell'assicurazione "Claims Made" – retroattività; art. 3 "Oggetto dell'assicurazione"; art. 4 "Spese legali e gestione delle vertenze"; art. 8 "Esclusioni"; art. 10 "Estensione ultrattività dell'assicurazione"; art. 12 "Proroga dell'assicurazione"; art. 15 "Durata della convenzione, Modalità della proroga automatica dell'assicurazione, Rescindibilità annuale"; art. 18 "Recesso in caso di sinistro".

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

### Intermediario al quale inviare il modulo di adesione ed effettuare il pagamento tramite bonifico bancario:

MEDIASS SPA – Piazza Ettore Troilo 12 – 65127 PESCARA  
Telefono: 085/4511194 – Fax: 085/4511244  
Codice IBAN: IT/58/K/05748/15400/07400022949E  
Causale del versamento: nome e cognome – adesione a polizza RC Colpa Grave ASL Pescara