

Modello adesione da inviare  
a mezzo fax allo 02.48.00.94.47  
per informazioni Tel 02.48.00.46.77

**ASSIMEDICI**<sup>®</sup>  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

**ASSISANITÀ**<sup>®</sup>

Contraente _____		
Indirizzo _____		
Cap _____	Città _____	Prov _____
Tel. Abitazione _____		Cellulare _____
e-mail _____		Fax _____
Tel. Ospedale _____		Fax _____
Cod. Fiscale  __		
Partita IVA  __		
Data di nascita  __		Luogo di nascita _____
Laurea nel _____		Nr. Iscr. albo _____
Prov. di _____		Associazione _____
Nr iscr. _____		

<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b> per sinistro e per periodo di assicurazione	€. 2.500.000,00	€. 5.000.000,00
<b>Tutte le Specialità</b> (Escluso Ostetricia e Ginecologia - Ortopedia e Traumatologia - Chirurgia Plastica e Estetica)	<input type="checkbox"/> €. 675,00	<input type="checkbox"/> €. 759,00
<b>Direttore di struttura complessa</b>	<input type="checkbox"/> €. 1.140,00	<input type="checkbox"/> €. 1.338,00
	(comprensivo di Polizza RC e Servizio di consulenza ed assistenza)	

<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b> per sinistro e per periodo di assicurazione	€. 2.500.000,00	€. 5.000.000,00
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	<input type="checkbox"/> €. 1.140,00	<input type="checkbox"/> €. 1.338,00
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>	<input type="checkbox"/> €. 1.140,00	<input type="checkbox"/> €. 1.338,00
<b>Chirurgia Plastica e Estetica</b>	<input type="checkbox"/> €. 1.140,00	<input type="checkbox"/> €. 1.338,00
<b>Direttore di struttura complessa</b>	<input type="checkbox"/> €. 2.100,00	<input type="checkbox"/> €. 2.496,00
	(comprensivo di Polizza RC e Servizio di consulenza ed assistenza)	

- Aggiungo** con 165 euro la polizza di difesa legale civile e penale
- Aggiungo** con 215 euro la polizza di difesa legale civile e penale + rischio H.I.V.
- Rinuncio** alla polizza di Difesa Legale di libera scelta del Patrocinante e del C.T. di parte

Effetto |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Scadenza |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

#### PAGAMENTO

- con assegno NON TRASFERIBILE
- con bonifico bancario
- con addebito sulla mia Carta di Credito:  Carta Si  Carta Visa  Carta Mastercard

Nr. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Scad. |\_\_|/|\_\_|\_\_| CVV |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

\* ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

#### ATTENZIONE

**Al fine della copertura assicurativa occorre attendere la conferma di emissione del contratto prima di effettuare il pagamento**

Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D. Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa:

**Nel rispetto della vigente normativa**, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimettervi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Il proponente \_\_\_\_\_

Numero Verde  
**800-917333**

ASSIMEDICI e ASSISANITÀ sono marchi registrati da **ASA BROKER STEFFANO**  
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 Tel. **02.48.00.46.77** - Fax 02.48.00.94.47  
Recapiti Roma: Tel. 06.98.35.71.16 - Fax 06.23.32.43.357  
[www.assimedici.it](http://www.assimedici.it) - [info@assisanita.it](mailto:info@assisanita.it) - Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156  
Socio i.Ll.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

**STEFFANO**  
**GROUP**

dal 1928... una storia che continua...

**ASSICURAZIONE MEDICI OSPEDALIERI DIPENDENTI DEL SSN**

AI SENSI DEL C.C.N.L. DELL'AREA RELATIVA ALLA DIRIGENZA MEDICA  
CON ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di ogni altro documento o informazione gli Assicuratori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

**AVVISO IMPORTANTE**

**"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art.1892 comma I Codice Civile)**

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

**01.**

Contraente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

Partita IVA |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|

Specializzato in \_\_\_\_\_

Attività svolta \_\_\_\_\_

Responsabile Struttura complessa  SI  NO

- Medico dipendente del SSN inclusa attività intramoenia anche allargata
- Medico Ospedaliero con libera professione extramoenia (modulo non valido - visitare il sito [www.assimedici.it](http://www.assimedici.it))
- Medico Libero professionista (modulo non valido - visitare il sito [www.assimedici.it](http://www.assimedici.it))

Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**02.**

**a. Il Contraente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio ?**  SI  NO

in caso affermativo precisare:

1. Impresa Assicuratrice \_\_\_\_\_

2. Durata \_\_\_\_\_

3. Massimali di Polizza \_\_\_\_\_ 4. Premio relativo all'ultima annualità \_\_\_\_\_

**b. Al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?**  SI  NO

in caso affermativo si prega di fornire dettagli: \_\_\_\_\_

**03.**

**a. GARANZIE RICHIESTE - LIMITE DI INDENNIZZO**

per sinistro e per periodo di assicurazione  €. 2.500.000,00  €. 5.000.000,00

**b. PERIODO DI RETROATTIVITA'**

numero di anni richiesto \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

04.

**SINISTROSITA' PREGRESSA**

a. Sono state avanzate richieste di risarcimento\*, come definite di seguito in accordo con il Testo di Polizza, negli ultimi 5 anni?

SI  NO

b. Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente?

SI  NO

\*Richiesta di risarcimento:

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- i. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- ii. la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE - IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum"): \_\_\_\_\_

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica: \_\_\_\_\_

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili: \_\_\_\_\_

**NB. Se è stato risposto affermativamente, dovrà essere compilato il "modulo sinistri"**

05.

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, dichiara:

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. di prendere atto che questo questionario non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente di cui al punto 1 (a) alla stipulazione del contratto di assicurazione.
- c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- d. che, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Firma del proponente \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Cognome e Nome (leggibile) \_\_\_\_\_

**POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: I reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Firma del proponente \_\_\_\_\_

## NOTA INFORMATIVA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto sarà concluso con alcuni Assicuratori dei Lloyd's, la cui Rappresentanza generale per l'Italia è situata in Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano.

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

#### - LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 122 del decreto legislativo n. 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

#### - RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami: Tel. 02 6378881 - Fax 02 63788850, E-mail [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com)).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dal Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### - TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**L'assicurando dichiara di aver ricevuto la nota informativa e di averla letta attentamente prima di procedere alla sottoscrizione**

**Data**

**Firma dell'Assicurando**

---

