



MODULO DI ADESIONE

**inviare a mezzo fax allo 06.89.28.01.34 o e-mail info@dpbroker.it
Per informazioni Tel. 06.70.30.57.89**

Polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile Professionale per **“Colpa Grave”**

dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

Contraente della polizza: **“TUTELA E MEDICINA ONLUS”**

DATI DEL SOGGETTO ADERENTE ALLA POLIZZA N° ITOMM11B1013049A0001 COMPAGNIA AMTRUST EUROPE LTD

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita
Codice Fiscale	Indirizzo e-mail

Domicilio/Via Numero	Località/Comune	Prov	Cap
Cellulare	Telefono abitazione		

Ordine dei Medici di	Iscrizione Nr.
Specializzazione	Associazione

Qualifica dell'Assicurato

--

Azienda presso la quale è svolta l'attività

--

Decorrenza e Scadenza della garanzia

Effetto dalle ore 24	Scadenza 31/10/2014
----------------------	-------------------------------

BARRARE CON UNA X L'IMPORTO DEL RATEO DA CORRISPONDERE IN BASE AL MESE DI ADESIONE:

Dal 30 Novembre	Dal 31 Dicembre	Dal 31 Gennaio	Dal 28 Febbraio al 31 Marzo
● € 440,00	● € 400,00	● € 380,00	● € 340,00

- Dal 1 Aprile al 30 Ottobre 2013 € 240,00 pari al 50% del premio annuo di polizza.

SCADENZA ANNUALE DELLA POLIZZA **31 OTTOBRE 2014**

IMPORTO TOTALE RATA FUTURA ANNUALE **€ 480,00.**

Il premio dovuto è determinato in ragione di un rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) del premio annuo per ogni mese o frazione di esso, per le coperture assicurative aventi effetto nel periodo 31 Ottobre - 31 Marzo e pari al 50% per le coperture assicurative aventi effetto nel periodo 1 Aprile - 30 Ottobre.

N.B. La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 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 del giorno di pagamento.

Modalità di pagamento:

Con Bonifico Intestato a - DP BROKER S.R.L. - Banca Carim il conto n. 102-8027217

- IBAN IT46R0628503203CC1028027217

L'assicurato dichiara di aver ricevuto **dall'Associazione Tutela e Medicina Onlus** e/o avere scaricato dal sito <http://www.dpbroker.it> le Condizioni di Assicurazione contenenti l'informativa all'Assicurato sul trattamento dei dati personali, facenti parte integranti del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte. Accetta altresì di aderire all'Associazione senza scopo di lucro **"Tutela e Medicina Onlus"** contraente della polizza in oggetto.

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 degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

- 1) di aver preso atto che questa 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 lo stesso periodo;
- 2) di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 17 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 20 - Gestione della polizza; Articolo 21 - Modalità di disciplina delle Adesioni alla Polizza; Articolo 23 - Precisazioni sulla operatività della garanzia; Articolo 24 - Reticenze e dichiarazioni inesatte.

Data

Firma dell'Assicurato

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto aderente dichiara di avere ricevuto:

- copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. **7A**

Data

Firma dell'Assicurato

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto aderente dichiara di avere ricevuto:

- copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. **7B**
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Data

Firma dell'Assicurato

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- documenti componenti i **FASCICOLI INFORMATIVI** delle polizze richieste.

Data

Firma dell'Assicurato

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- confermo che tutte le informazioni da me fornite sono corrette e veritiere, e che l'intermediario **DP BROKER S.R.L.** e il contraente della polizza **TUTELA E MEDICINA ONLUS**, mi hanno illustrato tramite pubblicazione online sul sito internet <http://www.dpbroker.it> le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola **CLAIMS MADE**, **documentazione da me scaricata dal su detto sito internet, letta, compresa ed approvata integralmente nei contenuti tutti.**

Data

Firma dell'Assicurato

L'Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali ex. Art 13 D. Lgs 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

___ acconsento* (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società DP BROKER S.R.L., nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

*(ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data

Firma dell'Assicurato

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Modulo di adesione compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Aderente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al Modulo di proposta a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario **DP BROKER S.R.L.** e da **TUTELA E MEDICINA ONLUS**:

- se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale dell'Aderente _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____

Indirizzo/Sede Legale _____

A quale tipo di copertura il modulo di proposta da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- RC Professionale; Infortuni;
 Tutela Giudiziaria; Altro _____

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel modulo di proposta da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? SI - NO
- Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? SI - NO
- Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? SI - NO
- Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto SI - NO

N.B SOTTOSCRIVERE UNA SOLA DELLE SOTTO RIPORTATE DICHIARAZIONI

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dall'aderente e raccolte dall'Intermediario **DP BROKER S.R.L** e dall'Associazione **TUTELA E MEDICINA ONLUS** in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con l'aderente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

Intermediario

Firma dell'Assicurato

.....

.....

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Intermediario

Firma dell'Assicurato

.....

.....

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario **DP BROKER S.R.L.** e l'Associazione **TUTELA E MEDICINA ONLUS** dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza _____

Intermediario

Firma dell'Assicurato

.....

.....

Inviare a mezzo fax allo 06.89.28.01.34 o e-mail info@dpbroker.it

Per informazioni Tel. 06.70.30.57.89



DP BROKER SRL - VIA TUSCOLANA, 4 00182 ROMA Telefono : +39 06.70305789 ; + 39 06.54221699. Fax:+39 06.89280134 E-mail : info@dpbroker.it Sito: www.dpbroker.it P.IVA 11383491005 ISCRIZIONE RUI: n. B000380395 ISCRIZIONE REA: RM1300838