

MODULO DI ADESIONE
alla Convenzione N° ITOMM11B1008049B0000 (scadenza 31.03.2016)

Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E:MAIL	TELEFONO	FAX	

Attività dell'Assicurato, Massimale (per Sinistro e per Periodo di Assicurazione) prescelto e relativo PREMIO ANNUO

Codice	Massimale	attività dell'Assicurato	Premio lordo annuo
01 - A	€2.000.000,00	Specialista o Specializzando in Neurologia SENZA Accertamenti diagnostici invasivi	€ 564,00
01 - B	€3.500.000,00	Specialista o Specializzando in Neurologia SENZA Accertamenti diagnostici invasivi	€ 684,00
02 - A	€2.000.000,00	Specialista o Specializzando in Neurologia CON Accertamenti diagnostici invasivi	€2.220,00

Avvertenza : barrare con una X il codice della attività/massimale opzionata

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 Marzo – 29 Settembre e pari al 50% per le coperture assicurative aventi effetto nel periodo 30 Settembre – 30 Marzo.

La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio dovuto, fermo quanto previsto a tale titolo nella Convenzione, con scadenza al 31 Marzo.

Dichiarazioni dell'Assicurato

Il sottoscritto Assicurato dichiara di non avere avuto Richieste di Risarcimento o azioni volte ad accertare la propria responsabilità nei 2 (due) anni precedenti l'effetto della copertura assicurativa indicata nel Certificato di Assicurazione e che negli ulteriori precedenti 3 (tre) anni non sono state avanzate allo stesso più di 3 (tre) Richieste di Risarcimento e/o azioni volte ad accertare la sua responsabilità.

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, quanto riportato nel Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali;

Il sottoscritto Assicurato dichiara di avere acquisito e accettato le Condizioni di Assicurazione di cui alla Convenzione sottoscritta dalla società Tutela e Medicina Onlus N° ITOMM11B1008049B0000 il cui testo è disponibile presso Tutela e Medicina Onlus - Via della Colonna Antonina, 35 - 00186 – Roma.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/___ l'Assicurato _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurato dichiara:

- di aver preso atto che il contratto di assicurazione è 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;
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e Aggravamento del rischio; Art.9 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Art.10 - Oggetto dell'assicurazione; Art.12 - Esclusioni; Art.15 - Gestione delle vertenze e spese legali; Art.18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art.19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro; Art.21 - Gestione della Polizza; Art.23 - Determinazione del premio; Art.24 - Variazione del rischio.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/___ l'Assicurato _____

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 163/2003 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.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/___ l'Assicurato _____



AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe Limited

Market Square House

St. James Street, Nottingham NG1 6FG

Tel: 0115 941 1022 • Fax: 0115 941 1316

Email: Nottingham@amtrusteurope.co.uk

www.amtrusteurope.com

Mod. RCM 12.2012 MA

TUTELA E MEDICINA

ONLUS



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

Opzione cod. 1 A Massimale € 2.000.000,00 SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI

Dal 30 Aprile	Dal 31 Maggio	Dal 30 Giugno	Dal 31 Luglio	Dal 31 Agosto
● € 517,00	● € 470,00	● € 423,00	● € 376,00	● € 329,00

- Dal 30 Settembre al 30 Marzo 2014 € 282,00 pari al 50% del premio annuo di polizza.

SCADENZA ANNUALE DELLA POLIZZA **31 MARZO 2014**

IMPORTO TOTALE RATA FUTURA ANNUALE **€ 564,00.**

Opzione cod. 1 B Massimale € 3.500.000,00 SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI

Dal 30 Aprile	Dal 31 Maggio	Dal 30 Giugno	Dal 31 Luglio	Dal 31 Agosto
● € 627,00	● € 570,00	● € 513,00	● € 456,00	● € 399,00

- Dal 30 Settembre al 30 Marzo 2014 € 342,00 pari al 50% del premio annuo di polizza.

SCADENZA ANNUALE DELLA POLIZZA **31 MARZO 2014**

IMPORTO TOTALE RATA FUTURA ANNUALE **€ 684,00.**

Opzione cod. 2 A Massimale € 2.000.000,00 CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI

Dal 30 Aprile	Dal 31 Maggio	Dal 30 Giugno	Dal 31 Luglio	Dal 31 Agosto
● € 2.035,00	● € 1.850,00	● € 1.665,00	● € 1.480,00	● € 1.295,00

- Dal 30 Settembre al 30 Marzo 2014 € 1.110,00 pari al 50% del premio annuo di polizza.

SCADENZA ANNUALE DELLA POLIZZA **31 MARZO 2014**

IMPORTO TOTALE RATA FUTURA ANNUALE **€ 2.220,00.**

NB. L'effetto della polizza avverrà dalle ore 24 del giorno della contabile del bonifico bancario effettuato a saldo del premio dovuto.

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. Accetta altresì di aderire all'Associazione senza scopo di lucro **"Tutela e Medicina Onlus"** contraente della polizza in oggetto.

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 contraente/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

____ 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

