

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

**INVIARE TRAMITE E-MAIL polizza@asmooi.com
O FAX 06/4468403**

Da:	A:	ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti e Ortottisti Italiani
Data:		
Oggetto: ADESIONE POLIZZA RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE - OFTALMOLOGI SOCI ASMOOI		
<p>ATTENZIONE</p> <p>La presente copertina ed i documenti contrassegnati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti ove necessario, devono essere inviati a ASMOOI con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">• @mail all'indirizzo: polizza@asmooi.com• fax al n. +39 06 4468403• posta ordinaria all'indirizzo: ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani - Via Dei Mille 35 – 00185 Roma		
<p>DOCUMENTI DA ALLEGARE:</p> <ul style="list-style-type: none">- MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE- COPIA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO		

**MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
CONVENZIONE ASMOOI
VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021**

DATI DELL'ADERENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

Data inizio periodo di Assicurazione ore 24.00 del _____ Data fine periodo di Assicurazione ore 24.00 del 31/12/2021

Codice fiscale / Partita IVA _____

Iscritto presso l'Albo di _____ Numero di iscrizione Albo Professionale _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE – PREMI E SCELTA DELLE GARANZIE

Desideri acquistare la polizza di RC Professionale con massimale € 2.000.000 e retroattività illimitata? SI NO

Il premio da corrispondere deve essere individuato nella tabella che segue, in ragione della categoria dell'Aderente. Barra il codice di adesione

Categoria	Attività svolta dall'Aderente in qualità di	PREMI PER PERIODO ASSICURATIVO DAL 01/07 AL 31/12
01	Medico specializzando	€ 167
02	Medici dipendenti e Liberi Professionisti che non svolgono attività chirurgiche <u>Esclusa la responsabilità da atti invasivi o chirurgici</u>	€ 328
03	Medico chirurgo dipendente: - è compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti esclusivamente in regime di dipendenza - è compresa l'attività non chirurgica svolta sia in regime di dipendenza che in regime libero professionale <u>Esclusa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti in regime di libera professione</u>	€ 1.047
04	Medico chirurgo libero professionista o dipendente che svolge attività chirurgica sia in regime di dipendenza che in regime di libera professione <u>Esclusa la responsabilità da atti con finalità estetica.</u>	€ 1.392
05	Medico chirurgo che svolge atti invasivi o chirurgici anche per finalità estetiche in ambito oftalmologico <u>Con esclusione del mancato risultato</u>	€ 2.300

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

TABELLA PREMI PER INTERGRAZIONI:

Cod.	Qualifica dell'Aderente	PREMI PER PERIODO ASSICURATIVO DAL 01/07 AL 31/12
da 02 a 03	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	719
da 02 a 04	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	1064
da 03 a 04	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	345
da 03 a 05	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	1254
da 04 a 05	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	909
da 01 a 02	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	161
da 01 a 03	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	880
da 01 a 04	Integrazione semestrale per la descrizione completa verifica la tabella precedente	1225

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

Desideri acquistare l'estensione per il centro oftalmologico? SI NO

Barra il centro se SMART o PLUS

Centro SMART	Estensione RC Professionale e RC verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro al Centro Oftalmologico <u>non chirurgico</u>	€ 300
Centro PLUS	Estensione RC Professionale e RC verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro al Centro Oftalmologico <u>chirurgico</u>	€ 1.500

DATI DEL CENTRO OFTALMOLOGICO -DA COMPILARE SOLO IN CASO DI ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA Centro SMART / Centro PLUS

L'Aderente titolare o contitolare di un Centro Oftalmologico può richiedere Estensione RC Professionale verso Terzi e Prestatori di Lavoro al Centro Oftalmologico chirurgico

Opzione scelta:

- Centro SMART
 Centro PLUS

Al fine di attivare l'estensione è necessario indicare i seguenti dati:

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Indirizzo _____

Elenco Nominativo dei Professionisti Oculisti Soci ASMOOI assicurati a primo rischio con la presente polizza (PER LA CORRETTA ATTIVAZIONE DELL'ESTENSIONE E' CONDIZIONE NECESSARIA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE, IN MANIERA LEGGIBILE, LA TABELLA SOTTOSTANTE OVVERO L'ALLEGATO 1)

Nome Cognome	Codice Fiscale	Qualifica/attività

Ogni variazione rispetto a quanto dichiarato dovrà essere tempestivamente comunicata.

Al fine di attivare l'estensione di cui sopra, si dichiara che:

- che tutti i professionisti esercenti oftalmologia all'interno del Centro Oftalmologico sono Medici Oftalmologi **Soci della Contraente**;
- che tutti i Medici Oftalmologi esercenti la loro attività all'interno del Centro Oftalmologico hanno aderito alla presente Polizza.

**MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
CONVENZIONE ASMOOI
VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021**

POLIZZA TUTELA LEGALE – PREMI E SCELTA DELLE GARANZIE

Desideri acquistare la polizza di Tutela Legale? SI NO

PREMIO LORDO € 57 indipendentemente dalla qualifica dell'Aderente

MODALITA' DI PAGAMENTO

L'Aderente deve effettuare il pagamento del premio annuo per un importo pari ad € _____, _____
di cui € _____, _____ per la RC Professionale del medico
di cui € _____, _____ per l'Estensione RC Professionale al Centro Oftalmologico
di cui € € 57 per la Tutela Legale Penale

alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN : IT52R0200805119000105415436

BENEFICIARIO ASMOOI

CAUSALE OBBLIGATORIA Cognome e Nome + codice fiscale

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI OFFERTI

Avvertenza preliminare

Il decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e il Regolamento 40/2018 obbligano gli Intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze dei clienti. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. A tal proposito, sulla base delle informazioni rese dal cliente nella compilazione del presente modulo di adesione, si richiama l'attenzione dello stesso sulle seguenti informazioni:

Esigenze e informazioni riguardanti il cliente

La polizza di RC Professionale e la polizza di Tutela Legale sono riservate ai professionisti Soci ASMOOI, che esercitano esclusivamente l'attività professionale di Medico Oftalmologo.

La polizza di RC Professionale offre copertura per l'attività svolta dall'assicurato sia come dipendente che come libero professionista in considerazione dell'attività dichiarata nel presente modulo e del relativo premio corrisposto.

La polizza di TL copre le spese sostenute a titolo di oneri legali, peritali, di giustizia e processuali, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi nel procedimento penale.

L'estensione Centro SMART o Centro PLUS di RC Professionale copre la responsabilità del centro non chirurgico o chirurgico anche in riferimento al personale non medico dipendente e/o parasubordinato e del personale tecnico – sanitario non medico operante in libera professione per fatti commessi nella struttura e/o per conto del Centro Oftalmologico.

Informazioni riguardanti i contratti assicurativi

La compagnia assicuratrice è AmTrust Assicurazioni S.p.A.

AmTrust Assicurazioni S.p.A. appartiene al gruppo AmTrust, che ha come capogruppo la società di diritto statunitense AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI). La sede legale è in Via Clerici, 14 – 20121 Milano (MI) – Italia; recapito telefonico: +39 0283438150; sito internet: www.amtrust.it; indirizzo di posta elettronica: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com; indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio con Provvedimento ISVAP n. 2595 ed è iscritta dal 14.03.2008 al n° 1.00165 dell'Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in Italia.

La polizza di RC Professionale opera con clausola *Claims Made*, tiene indenne per Richieste di Risarcimento, Fatti o Circostanze che si manifestino durante il periodo di Assicurazione, qualunque sia la data del Comportamento Colposo dal quale derivano.

Non sono però coperte le Richieste di Risarcimento, i Fatti o le Circostanze che fossero già noti all'Assicurato antecedentemente alla data di compilazione del modulo di adesione. In caso di cessazione definitiva dell'attività per qualsiasi causa, la polizza rimane valida, fino a concorrenza del massimale, per i Sinistri che siano ricollegabili a Comportamenti colposi posti in essere prima della cessazione dell'attività professionale, previo versamento del relativo premio di regolazione – Ultrattività.

Si precisa che in eccesso al Massimale di € 2.000.0000 garantito dalla presente polizza n. RCM2029, offerta ai soci ASMOOI opera la polizza di AmTrust RCM2030 con massimale integrativo pari ad € 3.000.000. Pertanto, il massimale complessivamente a disposizione di ciascun Aderente è pari ad € 5.000.000 per Sinistro e Periodo di Assicurazione.

Il periodo di retroattività è illimitato.

La polizza di TL opera nella forma *Loss Occurrence*, ossia è intesa a tutelare l'aderente in seguito a sinistri insorti durante il periodo di efficacia del contratto ed è volta a coprire le spese di difesa per l'attività professionale, svolta come medico oculista dipendente e/o come libero professionista e le spese di difesa personale, a tutela dei diritti dell'Assicurato e del suo nucleo familiare, nell'ambito della vita privata e nell'ambito della circolazione stradale. Si precisa che la polizza di AmTrust di Tutela Legale, n°TLM1902 opera in eccesso al Massimale garantito dalla polizza offerta ai soci ASMOOI n. TLM1901 con massimale pari a € 30.000 per sinistro; pertanto il massimale complessivamente a disposizione di ciascun Aderente è pari ad € 50.000 per Sinistro e Periodo di Assicurazione e non sarà applicato lo scoperto del 10% previsto nella polizza assicurativa n. TLM1901.

Le Estensioni di garanzia alla Copertura del Centro Oftalmologico non chirurgico e Copertura del Centro Oftalmologico chirurgico sono prestate sino alla concorrenza di un Massimale per singolo Centro Oftalmologico pari ad € 5.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione.

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE E MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

L'Aderente conferma di essere interessato ad una copertura assicurativa di durata annuale e che gli sono state illustrate, anche per il tramite del portale www.asmooi.com le esclusioni, i massimali, i sottolimiti, le modalità di fruizione delle garanzie di polizze, le delimitazioni temporali il contenuto e le delimitazioni dell'oggetto di garanzie ed in particolare delle polizze RC Professionale per i soci ASMOOI e Tutela legale per i soci ASMOOI.

L'aderente dichiara di aver preso atto delle informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli e ritiene la stessa conforme alle proprie esigenze di copertura assicurativa con riferimento alla responsabilità professionale e alla tutela legale.

L'aderente dichiara inoltre di aver compreso i contenuti delle condizioni di assicurazione relative al contratto assicurativo e dell'informativa precontrattuale (Allegati 3 e 4) scaricati dal portale www.asmooi.com.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

Fermo quanto sopra, l'aderente dichiara di essere consapevole, in seguito alle informazioni fornite dall'intermediario, della possibile inadeguatezza del prodotto rispetto alle proprie aspettative confermando comunque la volontà di acquisto dello stesso.

FIRMA PER ACCETTAZIONE E CONFERMA DI VOLONTÀ' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA:

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

L'Aderente dichiara di essere consapevole che le Polizze/Convenzione RC Professionale e Tutela Legale di AmTrust Assicurazioni S.p.A. sono intermedie mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

L'Aderente dichiara:

1. di avere ricevuto le informazioni precontrattuali di cui al Regolamento IVASS n. 40 del 2018;
2. di avere preso visione e di accettare le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza di TL n. TLM1902 e di RC n. RCM2029
3. e di avere esaminato, prima della conclusione del presente contratto di assicurazione, il Set Informativo in conformità con il Regolamento di esecuzione (UE) 2017/1469; Modulo di Adesione; Informativa sul trattamento dei Dati Personali ai sensi del D.Leg. 196/2003, come modificata dalla normativa attuativa del Regolamento (UE) GDPR.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

L'Aderente dichiara di conferire ad Aon S.p.A., broker di assicurazioni iscritto al registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871, l'incarico di gestire le polizze assicurative nascenti dalla presente sottoscrizione.

L'Aderente dichiara altresì di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker Aon S.p.A. e la decadenza dall'azione di responsabilità.

L'aderente dichiara di aver attentamente valutato e di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 e 1342 c.c., le disposizioni dei seguenti articoli del Modulo "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto" (Allegato 3 e 4)

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

MODULO DI ADESIONE E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE CONVENZIONE ASMOOI VALIDO PER LE ADESIONI DAL 1° LUGLIO 2021

L'Aderente riconosce che la ricezione da parte degli assicuratori per il tramite del broker Aon, del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte ed il pagamento del premio, implicano l'adesione alla Polizza/Convenzione RC Professionale e Tutela Legale AmTrust Assicurazioni S.p.A.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RELATIVE ALLA POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

L'Aderente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo della polizza "Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici iscritti a ASMOOI".

L'Aderente dichiara di accettare le Condizioni di Assicurazione e di voler sottoscrivere la Polizza "Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dei Medici iscritti a ASMOOI" e manifesta la propria volontà in tal senso a mezzo della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

L'Aderente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("claims made")

Art. 1.a- Oggetto dell'assicurazione

Art. 3 – Esclusioni

Art. 5 - Limiti territoriali

Art. 6.1 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di Richiesta di Sinistro

Art. 6.2 - Gestione delle vertenze e spese legali

Art. 6.4 - Coesistenza di altre assicurazioni

Art. 12.1 - Variazioni del rischio

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi - anche all'estero compresi paesi extra UE - dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RELATIVE ALLA POLIZZA DI TUTELA LEGALE

L'Aderente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo della polizza "Assicurazione della Tutela Legale dei Medici iscritti a ASMOOI".

L'Aderente dichiara di accettare le Condizioni di Assicurazione e di voler sottoscrivere la Polizza "Assicurazione della Tutela Legale dei Medici iscritti a ASMOOI" e manifesta la propria volontà in tal senso a mezzo della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

L'Aderente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art. 3 – Esclusioni

Art. 5 – Estensione territoriale

Art. 6.1 – Insorgenza del sinistro

Art. 6.3 – Gestione del sinistro

Art. 7.1 – Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa

Art. 8 – Effetto e durata del Contratto

Art. 11 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 12 - Variazioni del rischio. Aggravamento e diminuzione del rischio

Art.13 – Coesistenza di altre assicurazioni

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 196/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi - anche all'estero compresi paesi extra UE - dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

DOCUMENTO PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con riferimento al Regolamento Europeo sulla protezione ed il Trattamento dei Dati Personali 2016/679 noto come "General Data Protection Regulation" (GDPR), La informiamo che sulla home page del portale Aon Privacy <https://www.privacy.aon.it/> potrà trovare l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali in cui vengono illustrati i dati che raccogliamo, la relativa modalità di trattamento ed i fondamenti giuridici alla base del Trattamento. Dopo aver preso visione dell'Informativa e della presente dichiarazione di consenso e avendo avuto la possibilità di leggere e comprendere tali documenti, Io,

Cognome e Nome :

esprimo il mio esplicito consenso al trattamento dei dati personali da parte di Aon avente sede legale in Milano, Via Calindri n.6 con riferimento al trattamento dei dati giudiziari, ovvero relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data: Firma: