

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Contraente	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di	Iscrizione Nr.
Specializzazione:	
Azienda	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel.	Fax
Attività	
Retroattività:	<input type="checkbox"/> 10 anni <input type="checkbox"/> illimitata
Massimale:	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00
Effetto	
Scadenza	
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy	

IMPORTO TOTALE

€

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

☐ **Bonifico bancario:** Banco BPM C/C intestato

ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Scad. | | | | | / | | | | | CVV* | | | | |

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

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 della sottoscrizione _____, il _____

Il Proponente

Cod. Partner _____ *Intermediario* _____

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

STEFFANO GROUP

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

MODULO DI ADESIONE

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO

R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente all'Aderente persona fisica che intende assicurarsi, nella forma "Claims Made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Esercenti la Professione Sanitari in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA

*Campi obbligatori

Ragione Sociale	*	
Partita IVA	*	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	*	
Indirizzo E-mail	*	
Indirizzo PEC	*	
N. Telefono - N. Fax	*	Telefono: Fax:

ADERENTE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice Fiscale	*	
Data e Luogo di Nascita	*	Data: / / Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____ Luogo:
Residenza	*	Indirizzo: N. Civico: C.A.P.: Comune: Provincia: Stato:
Indirizzo E-mail personale ¹ - PEC	*	E-mail pers.: PEC:
<small>1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata</small>		
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	*	N. Tel: N. Fax: N. Cell:
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	*	Ordine della provincia di / N°
Data iscrizione all'Ordine	*	Data: / / Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	Data: / /
Data di decorrenza richiesta	*	Data: / / (Ore 00:01 - 24:00 in base alla Polizza Collettiva di riferimento)

NEOLAUREATO: L'Aderente ha meno di anni 34 (trentaquattro) ed è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro)?

☐ SI ☐ NO

SPECIALIZZANDO: L'Aderente è uno Specializzando con meno di anni 34 (trentaquattro)?

☐ SI ☐ NO

MEDICO UNDER 35: L'Aderente ha meno di anni 36 (trentasei)?

☐ SI ☐ NO

ATTENZIONE: La scontistica denominata "MEDICO UNDER 35" non è applicabile a Neolaureati e Specializzandi.

ATTENZIONE: Per richiedere la copertura "Neolaureato" oppure "Specializzando" selezionare l'omonimo campo nella tabella alla sezione denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA - SPECIALIZZAZIONI MEDICHE ASSICURABILI".

A) L'Aderente è componente di uno Studio Associato?

☐ SÌ ☐ NO

Ai sensi dell'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con la **Polizza Collettiva** per cui si richiede copertura con il presente **Modulo di Adesione**. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale. Si segnala pertanto che dovrà essere compilato il **Modulo di Adesione** per tutti i componenti dello Studio Associato.

A.1) Se la risposta è NO, si richiede di indicare il proprio numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti: _____

Una volta indicato il numero di dipendenti, non rispondere alle sezioni A.2, A.3 e A.4 e continuare la compilazione del presente **Modulo di Adesione** a partire dalla sezione B.

A.2) Se la risposta è SÌ, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale dello Studio Associato	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____
Nr. degli Associati componenti lo Studio	
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la Polizza Collettiva per cui si sta aderendo	
Nr. Dipendenti dello Studio	

A.3) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:

a) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

☐ CONFERMO ☐ NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

b) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

☐ CONFERMO ☐ NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

A.4) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore dell'Aderente

☐ SÌ ☐ NO

B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? ^{1,2}

☐ SÌ ☐ NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge all'Aderente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

B.1) Se la risposta è SÌ, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale della Struttura	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____

B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:

a) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

☐ CONFERMO ☐ NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

b) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

☐ CONFERMO ☐ NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

B.3) Indicare se il Premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore dell'Aderente

☐ SI ☐ NO

PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

☐ In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

☐ Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

☐ Senza continuità e senza postuma

☐ Non ero assicurato

COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? ☐ SI ☐ NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____ Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE (Non richiesto per gli Specializzandi):

I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? ☐ SI ☐ NO

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

☐ € 1.000.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00 (per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

2. RETROATTIVITÀ:

☐ 10 ANNI ☐ ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

☐ Copertura di "Primo Rischio" ☐ Copertura di "Secondo Rischio"

4. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) L'Aderente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? SI ☐ NO ☐

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura? SI ☐ NO ☐

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

In caso di risposta affermativa al punto b) precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza SI ☐ NO ☐

In caso di risposta affermativa al punto c) indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specialità Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specialità Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

Specialità Mediche Assicurabili NON INVASIVE

<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Microbiologia/Virologia
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Andrologia senza int. chir.	<input type="checkbox"/> Nefrologo
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neolaureato (entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico e non oltre il compimento del 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra infantile
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Bionaturopata	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Ematologia senza attività invasive	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Patologo clinico

<input type="checkbox"/> Epatologo	<input type="checkbox"/> Pedagogista
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
<input type="checkbox"/> Erborista	<input type="checkbox"/> Perfusionista
<input type="checkbox"/> Estetista	<input type="checkbox"/> Personal trainer
<input type="checkbox"/> Farmacia Ospedaliera	<input type="checkbox"/> Pneumologia senza attività invasiva
<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta
<input type="checkbox"/> Fisico Medico	<input type="checkbox"/> Psichiatria
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Psicoanalista
<input type="checkbox"/> Foniatra	<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Geriatra	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica (no mammografia)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Reumatologo
<input type="checkbox"/> Immunologo	<input type="checkbox"/> Riflessologo
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
<input type="checkbox"/> Infettivologo	<input type="checkbox"/> Sonografista/Ecografista
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute	<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al compimento del 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico	<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/> Kinesologo	<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni
<input type="checkbox"/> Malattie infettive e tropicali	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Massoterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e spaziale	<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Tecnico ECG
<input type="checkbox"/> Medicina di comunità	<input type="checkbox"/> Tecnico nell'Alimentazione Dietetica
<input type="checkbox"/> Medicina estetica	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche	<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro
<input type="checkbox"/> Medico codificatore di storia clinica del paziente	<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/> Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale
<input type="checkbox"/> Medico dello sport	<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale o Medico Generico	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Urologia (No attività invasive)
<input type="checkbox"/> Medico Legale	

Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Medico d'urgenza e 118
<input type="checkbox"/> Cardiologia interventistica	<input type="checkbox"/> Nefrologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)	<input type="checkbox"/> Neurologia con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Ematologia con attività invasive	<input type="checkbox"/> Ortodontista
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Pediatria (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Pneumologia con attività invasiva
<input type="checkbox"/> Malattie infettive con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica con mammografia
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (chirurgia minore)	<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica

<input type="checkbox"/> Medicina Generale con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Senologia
<input type="checkbox"/> Medicina interna con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Terapia del dolore con atti invasivi

Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (atti invasivi non minori)
<input type="checkbox"/> Angiologia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "A" tecniche finalizzate all'osteointegrazione
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia "B" altre metodiche
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia Ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Endocrinocirurgia	<input type="checkbox"/>

ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specialità Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) _____
ii) _____
iii) _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi alla Compagnia

INFORMAZIONI:

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

☐ NO ☐ SI N. Sinistri (*) _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. Data scoperta

Eventuale somma liquidata _____ Controparte _____
Eri assicurato? ☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Eventuale somma reclamata _____

Breve descrizione del danno _____

II. Data scoperta

Controparte _____

Eventuale somma liquidata	_____	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata	_____			

Breve descrizione del danno	_____			

III. Data scoperta		Controparte	_____	
Eventuale somma liquidata	_____	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata	_____			

Breve descrizione del danno	_____			

PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di **Assicurazione**, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

☐ NO ☐ SI N. Fatti Noti o Circostanze _____

Fornire le seguenti informazioni:

i. Data comunicazione formale
del reclamante

Controparte

Eventuale somma reclamata

Eri assicurato?

☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno

ii. Data comunicazione formale
del reclamante

Controparte

Eventuale somma reclamata

Eri assicurato?

☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Breve descrizione del danno

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 125 21 SET INFORMATIVO_PROFESSIONE MEDICA – Ed. 31.05.2021"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **"Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021"** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di **Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa **Polizza Collettiva**;
- (C) Formulazione temporale dell'**Assicurazione "Claims Made"** ai sensi dell'Art. 2) **Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività** delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021"**;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente **Assicurazione** ai sensi dell'Art. 4) **Esclusioni**, par. a. delle Condizioni di **Assicurazione "Mod. 425 21 Condizioni di Assicurazione RCG Professione Medica - Ed. 31.05.2021"**.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'**Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

*ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003,
come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")
Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021*

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHItalia**®"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da **BHItalia**® nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia[®]** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia[®]** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;
- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail: dpo.bh@bh-italia.com.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia[®]**, con sede in Milano, Corso Italia 13. (PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia[®]** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **autorizza** il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data _____ Firma _____

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o Ragione sociale:

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **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 del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto 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 indagini 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.

.....
il contraente/assicurato

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimediti.it E-mail info@assimediti.it PEC info@assimediti.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

