MODULO DI ADESIONE COPERTURA POSTUMA CAMBIO QUALIFICA E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RC PROFESSIONALE AMTRUST EUROPE LIMITED

Customer Care Service
800.186.038
da lunedì a venerdì: ore 9.00-13.00 e 14.30-18.00

@mail: sio@aon.it

Da:	A:	**Aon S.p.A. /** **Convenzione SIOeChCF**
Data:		

Oggetto: Polizza Convenzione RC Professionale COPERTURA POSTUMA CAMBIO QUALIFICA

GARANZIA POSTUMA PER CAMBIO QUALIFICA

"Se durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale svolta dall'Assicurato venga a modificarsi sì da determinare una diminuzione del rischio ad essa connaturato, è data facoltà all'Assicurato o, in caso di decesso, ai suoi eredi, la facoltà di richiedere l'estensione della garanzia assicurativa a copertura delle Richieste di Risarcimento connesse all'attività professionale non più esercitata, portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato, oppure in caso di decesso ai suoi eredi, durante il periodo dell'estensione suddetta purché non siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi antecedentemente al Periodo di Retroattività.
A tal fine l'Assicurato, o in caso di decesso i suoi eredi, entro 30 (trenta) giorni successivi la data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso all'atto della cessazione dell'attività professionale svolta dall'Assicurato, potranno acquistare **10 anni** di estensione della garanzia per l'attività a maggior rischio non più esercitata previo pagamento di un importo pari al:
• 200% del Premio corrisposto per l'ultimo Periodo di Assicurazione se è già stato Assicurato con Polizza stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società da almeno 3 anni o più;
• 300% del Premio corrisposto per l'ultimo Periodo di Assicurazione se è già stato Assicurato con Polizza stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società da almeno 2 anni;
• 400% del Premio corrisposto per l'ultimo Periodo di Assicurazione se è già stato Assicurato con Polizza stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo
Assicurativo della Società da almeno un anno."

ATTENZIONE

La presente copertina fax ed i documenti contrassegnati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti ove necessario, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con una delle seguenti modalità:
- **@mail all'indirizzo: sio@aon.it**
- **posta all'indirizzo: Aon S.p.A. - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano – Conv. SIOeChCF**

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Il documento MODULO DI ADESIONE COPERTURA POSTUMA CAMBIO QUALIFICA E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RC PROFESSIONALE AMTRUST EUROPE LIMITED
2. Copia del documento attestante l'avvenuto pagamento del premio in caso di pagamento tramite bonifico bancario

MODULO DI ADESIONE COPERTURA POSTUMA CAMBIO QUALIFICA E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
RC PROFESSIONALE AMTRUST EUROPE LIMITED

DATI DELL'ADERENTE

Cognome Nome

Codice fiscale

Indirizzo (Via, Cap, Città, Prov.)

Mail:

Telefono:

ADESIONE – SCELTA DELLE GARANZIE

RC Professionale- AmTrust EuropeLimited / SIOeChCF
Acquisto copertura postuma cambio qualifica

1. **Indicare l'attività a maggior rischio cessata nella seguente tabella: Cod. ____**

Cod.	*attività svolta dall'Assicurato in qualità di*	*Massimale € 500.000,00*	*Massimale € 750.000,00*	*Massimale € 1.750.000,00*
1	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) CON OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Intramoenia) È esclusa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici		€ 418,10	€ 557,46
2	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) SENZA OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Extramoenia) È esclusa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici		€ 717,73	€ 1.089,83
3	○ Liberi professionisti esclusi atti invasivi chirurgici	€ 1.000,00	€ 1.195,75	€ 1.648,89

	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) SENZA OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ è; compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti in regime di dipendenza (compresa anche l'attività libero-professionale effettuata in regime Intramoenia) è esclusa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici svolti in regime di libera professione/ Extramoenia			
4	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) CON OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Intramoenia) È compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici		€ 822,25	€ 1.011,79
			Massimale € 1.000.000,00	***Massimale € 2.000.000,00***
5	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) SENZA OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Extramoenia) È compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici (esclusa la chirurgia estetica)		€ 1.916,27	€ 2.461,19
6	○ Liberi professionisti compresi atti invasivi chirurgici (esclusa chirurgia estetica)	€ 2.550,00	€ 3.194,25	€ 3.652,70
7	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati		€ 2.476,52	€ 2.946,18

	(Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) SENZA OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Extramoenia) È compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici (compresa la chirurgia estetica NON prevalente)			
8	○ Liberi professionisti compresi atti invasivi chirurgici (compresa chirurgia estetica NON prevalente)	€ 4.000,00	€ 4.125,20	€ 4.844,33
9	○ Medico CON CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTE PUBBLICO (CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA) o con CONTRATTO DI LAVORO DIPENDENTE DA ENTI PRIVATI - compresi Ospedali Classificati (Contratti Tipo AIOP-AIRS-FDG) SENZA OBBLIGO DI ESCLUSIVITÀ (compresa anche l'attività Libero-Professionale effettuata in regime Extramoenia) È compresa la responsabilità derivante da atti invasivi chirurgici (compresa la chirurgia estetica)		€ 6.782,89	€ 7.065,81
10	○ Liberi professionisti compresi atti invasivi chirurgici (compresa chirurgia estetica)	€ 7.900,00	€ 11.305,29	€ 13.084,98
11	○ Specializzando È compresa l'attività di Guardia Medica e sostituzione del medico di base con esclusione degli atti invasivi chirurgici svolti in questi ultimi ambiti		€ 350,00	

2. moltiplicare il premio per la percentuale di seguito indicata:

400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa del Premio corrisposto per l'ultima annualità

300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete del Premio corrisposto per l'ultima annualità

200% per i contratti in vigore da almeno 3 o più annualità complete del Premio corrisposto per l'ultima annualità

DETERMINAZIONE DEL PREMIO MODALITA' DI PAGAMENTO

LA COPERTURA ASSICURATIVA HA EFFETTO DALLE ORE 24.00 DEL 31.05.2019 QUALORA IL MODULO DI ADESIONE SIA STATO SOTTOSCRITTO ED IL RELATIVO PREMIO VERSATO ENTRO IL 30.06.2019.

L'Aderente deve effettuare il pagamento del premio individuato nella tabella soprariportata per un importo pari ad € _____

IBAN	**IT 35 A 02008 05351 000102946587**
BENEFICIARIO	Aon S.p.A. - Via Andrea Ponti 8/10 - 20143 Milano - MI
CAUSALE OBBLIGATORIA	Postuma cambio qualifica SIO + nome cognome + codice fiscale

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di essere consapevole che la Polizza/Convenzione RC Professionale AmTrust Europe Limited è intermediata 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.

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

L'Aderente dichiara:
- di aver ricevuto, come previsto dalle disposizioni dei Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010, le informazioni precontrattuali, contenute nel documento denominato "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto".
- di avere preso visione e di accettare le Condizioni di Contratto e le Condizioni di Assicurazione di cui alla Convenzione RC Professionale sottoscritta da SIOeChCF.
- di avere ricevuto e di avere preso visione delle predette Condizioni di Contratto e Condizioni di Assicurazione ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n° 5/2006 ed Art. 30 n. 7 del Regolamento IVASS n. 35/2010.

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

Il sottoscritto dichiara di affidare in via esclusiva la gestione della/e copertura/e assicurativa/e e degli eventuali sinistri di Responsabilità Civile Professionale ad Aon S.p.A., broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.

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

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

1. di aver preso atto che il contratto di assicurazione è nella forma «claims made», a copertura delle richieste di risarcimento avanzate 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 quanto contenuto nelle seguenti disposizioni delle:
- Condizioni del Contratto: clausola VI e clausola VII
- Condizioni di Assicurazione: Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento del rischio; Art.9 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Art.10 - Oggetto dell'assicurazione; Art. 12 - Esclusioni; Art.13 - Delimitazioni; Art. 14 - Limiti territoriali; Art.16 - Gestione delle vertenze e spese legali; Art.19 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro; Art.20 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Art.22 - Gestione della Polizza; Art. 23 - Oggetto dell'estensione di garanzia; Art. 25 - Delimitazioni dell'estensione di garanzia; Art.27 - Determinazione del premio; Art.28 - Variazione del rischio

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

AVVISO PER IL PROPONENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 35/2010 si ricorda che la documentazione precontrattuale e contrattuale è pubblicata al link alla pagina www.sioechcf.aon.it nella sezione Documenti

È diritto del ciascun proponente/assicurato di richiedere la documentazione sopra indicata anche a mezzo fax-posta/ supporto cartaceo facendone richiesta all'indirizzo sio@aon.it