

**MODULO DI ADESIONE R.C. PROFESSIONALE  
 DEGLI OPERATORI SANITARI - MEDICI**

Il sottoscritto dichiara di voler stipulare la polizza n° OPS/09000/18 della Convenzione SIOMI con la Spettabile Torus Insurance (U.K.) Limited per la copertura dei rischi di R.C. Professionale per il massimale ed il premio di seguito indicati.

Gentile Assicurato/a, La invitiamo a compilare il presente modulo e ad inviarlo a Marintec S.r.l.:  
 tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica: [info@marintec.it](mailto:info@marintec.it) o via fax al numero 010.880632

Riferimenti bancari: c/c intestato: Marintec S.r.l.

Banca Nazionale del Lavoro – Dipendenza di Genova Matteotti P.zza Matteotti, 21R – 16100 GENOVA  
 IBAN IT07C010050140700000000157 - Causale: Nome e Cognome – R.C. Professionale Torus – SIOMI

- a) E' indispensabile rispondere a tutte le domande contenute nel questionario.  
 b) Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati, datati e firmati, e di indicare i rimandi del caso.

Assicurato: Cognome, Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Se l'assicurato è uno Studio Associato o una Società la garanzia è prestata a favore di:

Cognome e Nome e Cod. fiscale: \_\_\_\_\_

Cod. fiscale / P. IVA \_\_\_\_\_

Data di nascita / Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza / Sede legale: \_\_\_\_\_

C.A.P. / Località / Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail / PEC \_\_\_\_\_

N. Telefonico / N. Fax / N. Cellulare \_\_\_\_\_

Data iscrizione all'Ordine \_\_\_\_\_

Riportare l'**attività esercitata** fra quelle elencate nelle "Specialità  
 Mediche Assicurabili" della Tabella Premi della pagina successiva \_\_\_\_\_

Se **SPECIALIZZANDO** riportare il **tipo di specializzazione**, la **data di  
 inizio del corso** e la **durata** \_\_\_\_\_

Data di decorrenza: un anno dalle ore 24:00 del \_\_\_\_\_

Assicuratore dell'annualità precedente \_\_\_\_\_

Data scadenza polizza annualità precedente \_\_\_\_\_

**Sinistri negli ultimi 5 anni:   NOTA BENE: IN PRESENZA DI SINISTRI RICHIEDERE SPECIFICA QUOTAZIONE.**

**SI**    **N. sinistri** \_\_\_\_\_ (breve descrizione)                       **NO**

Data avvenimento \_\_\_\_\_ Controparte \_\_\_\_\_

Eventuale somma liquidata \_\_\_\_\_ Assicuratore \_\_\_\_\_

Breve descrizione del danno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TABELLA PREMI**

**SPECIALITA' MEDICHE ASSICURABILI**

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto) Il premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato:

	MASSIMALE		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 1.500.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000
Amministratore di Struttura Sanitaria	€ 350	€ 450	€ 550
Analista al microscopio	€ 520	€ 600	€ 700
Audiologo e Foniatra	€ 620	€ 700	€ 800
Dietologo/Nutrizionista/Scienza dell'Alimentazione	€ 520	€ 600	€ 700
Ematologo/Dermatologo e Venereologo	€ 520	€ 600	€ 700
Epidemiologo, Biologo-statistico – Igiene e Medicina preventiva, Infettivologo/Reumatologo	€ 620	€ 700	€ 800
Fisiatra, Medicina Fisica e Riabilitativa/ Endocrinologia	€ 620	€ 700	€ 800
Fisico Medico	€ 620	€ 700	€ 800
Immunologo/ Allergologo / Geriatria e Gerontologo	€ 520	€ 600	€ 700
Informatore scientifico della salute, Informatore medico scientifico	€ 350	€ 450	€ 550
Ingegnere biomedico	€ 620	€ 700	€ 800
Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche, batteriologiche e istologiche / Anatomo patologo	€ 620	€ 700	€ 800
Medico codificatore di storia clinica del paziente	€ 350	€ 450	€ 550
Medico Legale, Medico Competente - Ispettore Sanitario, Medico fiscale, Medicina del lavoro (compresa Condizione Aggiuntiva Art. 31)	€ 520	€ 600	€ 700
Medico dello sport	€ 620	€ 700	€ 800
Dottore in Farmacia	€ 620	€ 700	€ 800
<b>Medico generico o di base</b>	<b>€ 333</b>	<b>€ 428</b>	<b>€ 523</b>
Medico Terapista della respirazione / Pneumologo	€ 350	€ 450	€ 550
<b>(*) Neolaureato (nei primi 4 anni d'iscrizione all'Albo) e specializzando</b>	€ 240	€ 270	€ 280
Neurofisiopatologo – Neurologo –Nefrologo – Neuropsichiatra Infantile (Psichiatra – Rischio Riservato Direzione)	€ 620	€ 700	€ 800
Ortottista - Assistente di oftalmologia	€ 350	€ 450	€ 550
<b>Pediatra (esclusa neonatologia, rianimazione neonatale e pediatria chirurgica)</b>	<b>€ 333</b>	<b>€ 428</b>	<b>€ 523</b>
Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone – Fisiopatologia cardio-circolatorio e perfusione cardio-vascolare/Cardiologia clinica	€ 620	€ 700	€ 800
Psicologo / Psicoterapeuta	€ 350	€ 450	€ 550
Sonografista, Ecografista	€ 350	€ 450	€ 550

- **Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.**

**(\*) Neolaureati:** entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico. Tale agevolazione viene riconosciuta ai Sanitari che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico prima del compimento dei trenta anni e questo beneficio sarà applicato per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma non oltre il compimento del 34° anno di età. **Specializzandi:** avranno diritto allo sconto fino al compimento dell'età anagrafica di 34 anni.

**Garanzie Aggiuntive:**

**Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) Art. 4), premio aggiuntivo valido per il massimale scelto nella Tabella sopra riportata.**

MASSIMALE		
<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 1.500.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000
€ 150	€ 170	€ 200

**Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (Art. 30): aumento 50%**

**DICHIARAZIONE\***

**COPERTURA DI SECONDO RISCHIO**

Agli effetti dell'Art. 1910 C.C. il sottoscritto dichiara che per lo stesso rischio ha in corso altra copertura assicurativa stipulata con la Società \_\_\_\_\_ scadente il \_\_\_\_\_ per i seguenti massimali:

Responsabilità Civile Terzi € \_\_\_\_\_ per sinistro, col limite di € \_\_\_\_\_ per persona e di € \_\_\_\_\_ per danni a cose ed animali.

Responsabilità Civile Operai € \_\_\_\_\_ per sinistro, col limite di € \_\_\_\_\_ per persona.

Il premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato, scontato del 25%.

L'Assicurato per la dichiarazione

**\* Firmare esclusivamente per richiesta di polizza di II° Rischio**

\_\_\_\_\_

In relazione a quanto precede, i nostri rapporti sono regolati secondo quanto di seguito precisato:

1. Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e decorre dalle ore 24 della data del pagamento o da quella della decorrenza riportata sul modulo di adesione se posteriore.
2. Il premio va corrisposto in un'unica soluzione
3. In mancanza di disdetta entro i 30 giorni precedenti la scadenza annuale, l'adesione verrà prorogata per un'ulteriore annualità ed il pagamento dell'importo dovuto deve essere effettuato entro la scadenza dell'annualità cui si riferisce la copertura. In caso di ritardato od omesso pagamento troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.

L'Assicurato \_\_\_\_\_ 

Dichiaro di essere in possesso del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo in forma collettiva standardizzata n. **OPS/09000/18** stipulato tra **SIOMI** e Torus Insurance (UK) Limited, al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni.

L'Assicurato \_\_\_\_\_ 

Ai sensi e per gli effetti degli art.1341 e 1342 c.c. dichiaro di accettare specificatamente gli Art. delle Condizioni Generali di polizza. 1 (Dichiarazioni dell'Assicurato e aggravamento del rischio), 3 (Recesso in caso di sinistro), 6 (Foro competente) e gli articoli delle Condizioni Aggiuntive n°: 11 (Esclusioni), 12 (Ulteriori esclusioni), 13 (Esclusione degli interventi invasivi), 21 (Copertura assicurativa di primo e secondo rischio), 24 (Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole), 26 (Denuncia dei sinistri e gestione delle vertenze di danno – spese legali), 27 (Limiti di indennizzo e franchigia), e l'Art. 31 delle Condizioni Aggiuntive (Attività di Medico Legale e/o Medico competente e/o Medico fiscale – Perizie – Consulenza Certificazioni (Garanzia Perdite Patrimoniali)) del contratto assicurativo n° **OPS/09000/18** stipulato tra SIOMI con Torus Insurance (UK) Limited.

L'Assicurato \_\_\_\_\_ 

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento ISVAP n. 5/2006.

L'Assicurato \_\_\_\_\_ 

Dichiaro di aver ricevuto o aver scaricato dal sito [www.siommi.it](http://www.siommi.it) in ottemperanza all'art. 49 comma 3 del regolamento ISVAP n. 5/2006 e del provvedimento n. 2720/2009, l'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni all'atto della compilazione del presente modulo di adesione.

L'Assicurato \_\_\_\_\_ 

Luogo e data \_\_\_\_\_