

Modulo di adesione / raccolta dati

 alla convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia autonoma di Bolzano
 per la stipula di una polizza DAS Difesa Area medico-sanitaria **(da compilare in ogni sua parte)**

 firmare ed inviare per e-mail a → rvd.kundencenter@raiffeisen.it • per informazioni tel. 0471/307523

INFORMAZIONI GENERALI E DATI ANAGRAFICI

contraente			
indirizzo			
CAP	comune	prov.	
n° di telefono	cellulare		
e-mail	fax		
cod. fiscale	P. IVA		
data di nascita	luogo di nascita	prov.	
studio			
indirizzo			
CAP	comune	prov.	
iscritto all'albo della provincia di Bolzano con il n°			

Indicare la classe di rischio di appartenenza

 Le garanzie sono operanti a condizione che l'attività svolta dall'Assicurato sia conforme alla CLASSE di attività indicata in polizza nell'area
 PARAMETRI TARIFFA ATTIVATI, in base alla seguente suddivisione:

	Classe di rischio	Tipologie di assicurati	Premio annuo lordo*
<input type="checkbox"/>	1	Medici che effettuano interventi chirurgici (atti medici praticati in sala operatoria con anestesia totale o parziale); medici specializzati in ortopedia, traumatologia, ginecologia, anesthesiologia, chirurgia plastica, cardiocirurgia, neonatologia, medicina d'emergenza-urgenza; odontoiatri che esercitano attività di implantologia; operatori sanitari ostetrici	€ 1.144,50
<input type="checkbox"/>	2	Medici che non effettuano interventi chirurgici o effettuano piccoli interventi domiciliari e/o ambulatoriali; odontoiatri che non esercitano attività di implantologia; psicologi e psicoterapeuti	€ 725,00
<input type="checkbox"/>	3	Medici di base, specializzandi, veterinari; operatori sanitari e operatori tecnico-sanitari eccetto gli ostetrici	€ 541,70

* il premio lordo annuo riguarda le rate successive - il premio alla firma dipende dalla data di adesione e verrà reso noto con separata comunicazione)

Dati di Polizza e parametri per individuare il premio assicurativo

MASSIMALE PER SINISTRO	21.000 €
FRAZIONAMENTO	annuale con tacito rinnovo
NUMERO ADDETTI (medico + soggetti iscritti nel libro unico del lavoro, praticanti ecc.)	massimo 2

GARANZIE

PACCHETTO BASE	difesa penale per delitto colposo, contravvenzione; difesa penale per delitto doloso (salvo assoluzione); danni extracontrattuali subiti; richieste di risarcimento danni avanzate da terzi (in secondo rischio); chiamata in causa della RC; opposizione avverso sanzioni amministrative; procedimenti disciplinari;
PACCHETTO CONTRATTUALE	controversie contrattuali con fornitori, dipendenti e controversie riguardanti l'immobile identificato in polizza
VERTENZE CON IL DATORE DI LAVORO	vertenze contro il datore di lavoro che coinvolgano l'assicurato in qualità di lavoratore subordinato o parasubordinato
VERTENZE CON I PAZIENTI	vertenze di natura contrattuale ed extracontrattuale con i pazienti, escluso il recupero dei crediti (con il limite di 2 denunce per ciascun anno ass.vo)
Decorrenza: ore 24 del primo giorno del mese successivo dopo la firma e invio del presente modulo	Scadenza unica: 31.05. di ogni anno

Il pagamento del premio è annuo, con applicazione di un "diritto fisso" pari ad € 3,01 per ogni rata. I possibili mezzi di pagamento sono quelli ammessi dalla legge italiana (è quindi escluso il pagamento in contanti per importi superiori a 750 €).

IBAN per addebito diretto SEPA Direct Debit per le scadenze successive:

PRESO ATTO CHE:

1. Il sottoscritto è un medico/odontoiatra iscritto all'Ordine della provincia autonoma di Bolzano che ha l'esigenza di protezione legale per la propria attività professionale; non dispone di altra polizza individuale per la copertura dello stesso rischio;
2. la copertura assicurativa decorre e cessa come innanzi stabilito, sempre che sia stato versato il relativo Premio. In caso di pagamento in data successiva, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento

DICHIARA DI:

- A. aver ricevuto e preso visione della documentazione precontrattuale: allegati 3 e 4 Regolamento IVASS 40/2018 e DIP (Documento informativo precontrattuale)
- B. di aver ricevuto e di aver preso visione del fascicolo informativo del prodotto contenente i seguenti documenti: nota informativa comprensiva di glossario e condizioni generali e particolari di assicurazione
- C. aderire alla citata Polizza che prevede il versamento del premio annuo lordo sopra citato;

Avvertenza. Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa ai sensi dei seguenti articoli del codice civile: artt. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave), 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave).

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Preso atto dell'Informativa (Mod. RVD-infp 01) ai sensi dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento, dichiaro di aver ricevuto, e consapevole degli effetti del rifiuto del consenso, consento al loro trattamento nella misura necessaria per la sottoscrizione della polizza.

Luogo e data

Firma del Cliente

.....



.....

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli:

Art. 2 Proroga e disdetta del contratto; Art. 3 Anticipata risoluzione del contratto - Recesso in caso di sinistro; Art. 5 Forma delle comunicazioni; Art. 8 Altre assicurazioni; Art. 9 Foro competente; Art. 13 Gestione del caso assicurativo; Art. 14 Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo – Arbitrato.

Luogo e data

Firma del Cliente

.....



.....

Da allegare:

Copia documento valido (Carta d'identità, patente ecc.)