

## 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 <sup>1</sup> - 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?

SI  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 SI, 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 <b>Polizza Collettiva</b> 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

SI  NO

## B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? <sup>1,2</sup>

SI  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 SI, 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 massimale 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"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Nefrologo
<input type="checkbox"/> Andrologia senza int. chir.	<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"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Bionaturopata	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Patologo clinico
<input type="checkbox"/> Ematologia senza attività invasive	<input type="checkbox"/> Pedagogista
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)

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

### Specialità Mediche Assicurabili INVASIVE

<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione con attività invasiva	<input type="checkbox"/> Medicina Generale (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Cardiologia interventistica	<input type="checkbox"/> Nefrologia con attività invasiva
<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"/> Radiologia interventistica
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (chirurgia minore)	<input type="checkbox"/> Senologia

### Specialità Mediche Assicurabili CHIRURGICHE

<input type="checkbox"/> Andrologo con attività chirurgica	<input type="checkbox"/> Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Angiologia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici e PMA
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia

<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale (con attività estetica)	<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"/> Endocrinochirurgia	

#### 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

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

Controparte \_\_\_\_\_

Eri assicurato?  NO  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**):

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	N. Fatti Noti o Circostanze _____
<b>Fornire le seguenti informazioni:</b>			
i. Data comunicazione formale del reclamante	_____	Controparte	_____
Eventuale somma reclamata	_____	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Breve descrizione del danno	_____ _____		
ii. Data comunicazione formale del reclamante	_____	Controparte	_____
Eventuale somma reclamata	_____	Eri assicurato?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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\_PROFESIONE 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 .....