

**LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A\***  
**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per infermieri, Infermieri pediatrici e**  
**Operatori Socio Sanitari - Convenzione Willis Italia SpA**  
**MODULO DI ADESIONE ad uso proposta irrevocabile di contratto ex. art.1329 C.C.**

COGNOME		NOME	
INDIRIZZO			
CAP	CITTA'		PROV.
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA DI NASCITA
TELEFONO	INDIRIZZO E:MAIL		SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
OPI - SE INFERMIERE	NUMERO ISCRIZIONE		CODICE FISCALE
ADESIONE RICHIESTA DALLE ORE 24 DEL		SCADENZA COPERTURA ALLE ORE 24 DEL	
MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO/ANNO			
ATTIVITÀ SVOLTA:		SETTORE DI OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/> PRIVATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	
ATTIVITÀ SVOLTA PRESSO LA STRUTTURA:			
<b>DECORRENZA:</b>			
Per le nuove adesioni: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato sul modulo di adesione se il premio è stato pagato entro 7 giorni da tale data; diversamente decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, sempreché sia anche stato inviato il presente "Modulo di Adesione", compilato e sottoscritto, seguendo le indicazioni ricevute da Willis Italia SpA. Per i già assicurati con la precedente convenzione Lloyd's Insurance company SA n. B169833207P21 la presente polizza garantisce continuità assicurativa secondo le regole esposte all' art. 14 – Clausola di Continuità.			
<b>DURATA/SCADENZA:</b>			
la durata di ciascuna garanzia è pari a 1 (un) anno dalla data di decorrenza richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio. Non è previsto il tacito rinnovo, salvo quanto previsto all'Art. 10 delle condizioni di polizza.			
<b>Nel caso di corresponsabilità</b> tra più Assicurati nel medesimo Sinistro, <b>la massima esposizione</b> dell'Assicuratore sarà <b>pari ad Euro 20.000.000,00.</b>			
<b>Premio annuo lordo</b>			
L'Assicurato dichiara di aver ricevuto da Willis Italia SpA preventivamente alla sottoscrizione del presente Modulo, copia delle relative Condizioni di Assicurazione e della Nota Informativa della polizza RCT.			
L'Assicurato  _____			
Con la firma del presente "Modulo di Adesione" che costituisce proposta irrevocabile di contratto ex art. 1329 c.c., l'Assicurato dichiara di esercitare la professione di Infermiere, Infermiere pediatrico o Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e conferma il carattere impegnativo della Sua adesione alla polizza stipulata tra Willis Italia SpA. e l'Assicuratore, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente. L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., <b>di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.</b>			
L'Assicurato  _____			
Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli della Polizza : Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi dalla Assicurazione; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno – Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni.			
L'Assicurato  _____			
<b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI</b>			
Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicato la informativa per la privacy GDPR 2016/679.			
L'Assicurato  _____			

\* Società controllata dai Lloyd's e autorizzata dalla National Bank of Belgium.

## **ALLEGATO 1 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI LIQUIDATI**

Sono mai state presentate negli ultimi 5 anni denunce nei tuoi confronti che hanno comportato l'apertura di un Sinistro?

**Si**     **No**    Se SI indicare il numero:

In caso affermativo, si forniscano tutti i dettagli richiesti per ciascun evento:

Totale importo Sinistri pagati:

Data

Firma

## **ALLEGATO 2 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI RISERVATI**

Sono mai state presentate negli ultimi 5 anni denunce nei tuoi confronti che hanno comportato l'apertura di un Sinistro, con importi non ancora pagati da precedenti assicuratori, per un ammontare superiore a € 5.000?

**Si**     **No**    Se SI indicare il numero:

In caso affermativo, si forniscano tutti i dettagli richiesti per ciascun evento:

Totale importo Sinistri pagati:

Data

Firma