Spettabile Counseling Broker S.r.l.
Viale Emilia n. 47 - 90144 PALERMO
al num. di fax **+39 091 5071868** *oppure* all'indirizzo e-mail: **info@counselingbroker.it**

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Prov.: _____

Codice Fiscale o Partita IVA: _____

Residenza o sede legale

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente_____

Riferimenti

Cellulare _____ E-mail_____

RICHIEDE LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RISCHIO DI R.C. PROFESSIONALE ALLA SEGUENTE OPZIONE:

R.C. Professionale INFERMIERE	**Prodotto concedibile ai Professionisti Infermieri iscritti al Sindaco Provinciale NURSIND Caltanissetta**

Opzione A	**Opzione B**
✓ **Massimale € 5.000.000 anno, € 2.500.000 per sinistro**	✓ **Massimale € 5.000.000 anno, € 2.500.000 per sinistro**
✓ **Retroattività illimitata**	✓ **Retroattività illimitata**
✓ **Postuma illimitata**	✓ **Postuma illimitata**
✓ **Tutela Legale**	✓ **Tutela Legale AZIONE DIRETTA**

Sottoscrizione della proposta	**Decorrenza copertura**	**Scadenza copertura**	**Premio**	**Sottoscrizione della proposta**	**Decorrenza copertura**	**Scadenza copertura**	**Premio**
01/12/2013 - 31/12/2013	01/01/2014	31/12/2014		01/12/2013 - 31/12/2013	01/01/2014	31/12/2014	
01/01/2014 - 31/01/2014	01/02/2014	31/12/2014	**€ 60,00**	01/01/2014 - 31/01/2014	01/02/2014	31/12/2014	**€ 160,00**
01/02/2014 - 28/02/2014	01/03/2014	31/12/2014		01/02/2014 - 28/02/2014	01/03/2014	31/12/2014	
01/03/2014 - 31/03/2014	01/04/2014	31/12/2014		01/03/2014 - 31/03/2014	01/04/2014	31/12/2014	
01/04/2014 - 30/04/2014	01/05/2014	31/12/2014	**€ 50,00**	01/04/2014 - 30/04/2014	01/05/2014	31/12/2014	**€ 130,00**
01/05/2014 - 31/05/2014	01/06/2014	31/12/2014		01/05/2014 - 31/05/2014	01/06/2014	31/12/2014	
01/06/2014 - 30/06/2014	01/07/2014	31/12/2014		01/06/2014 - 30/06/2014	01/07/2014	31/12/2014	
01/07/2014 - 31/07/2014	01/08/2014	31/12/2014	**€ 40,00**	01/07/2014 - 31/07/2014	01/08/2014	31/12/2014	**€ 100,00**
01/08/2014 - 31/08/2014	01/09/2014	31/12/2014		01/08/2014 - 31/08/2014	01/09/2014	31/12/2014	
01/09/2014 - 30/09/2014	01/10/2014	31/12/2014		01/09/2014 - 30/09/2014	01/10/2014	31/12/2014	
01/10/2014 - 31/10/2014	01/11/2014	31/12/2014	**€ 30,00**	01/10/2014 - 31/10/2014	01/11/2014	31/12/2014	**€ 70,00**
01/11/2014 - 30/11/2014	01/12/2014	31/12/2014		01/11/2014 - 30/11/2014	01/12/2014	31/12/2014	

MODALITA' DI PAGAMENTO

il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore della **COUNSELING BROKER SRL** in qualità di Intermediario della convenzione NURSIND, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

IBAN	**IT 43T 03069 04632 10000 0006068**
Intestatario	Counseling Broker S.r.l.
Istituto Bancario	Intesa Sanpaolo SpA filiale 06970
Causale	[Nome e Cognome del Socio] convenzione NURSIND

Località _____ **, data** _____**.**

COMPILA QUI

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)

_____

FIRMA QUI

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N.° 777105001

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 777105001 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
2) consegnarlo o inviarlo a mezzo fax alla Associazione A.R.I.T.M.I.A. ai numeri **06 92912131 – 06 41219591**
3) corrispondere il relativo premio

L'attivazione della copertura assicurativa riferita al singolo aderente assume efficacia come segue:

A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza Convenzione 31/12/2009;
B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio pro-rata , la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione e il premio di prima rata sarà calcolato in n. 360° del premio annuo, col minimo di 90/360°.

L'Associazione provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire all'Agenzia Horus Consulenti Associati, in qualità di Agente Mandatario dell'Impresa assicuratrice, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute, la quale provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio.

ASSICURANDO

Cognome Nome			Codice fiscale	
Indirizzo			Città	Provincia
N.° telefono / fax			E-mail	
Specializzazione				
Ente di appartenenza			Provincia dell'Ente	
Quiescenza (crocesegnare la casella interessata)	SI	NO	Dal	

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara che altresì:

1. Di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione contenute nella Polizza Convenzione n. 777105001
2. Di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati sensibili diretto all'esclusivo espletamento dell'attività assicurativa – comprese le comunicazioni e i trasferimenti effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" – necessario per dar corso alla Vostra richiesta;
3. Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 C.C. di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.
4. In caso di richieste di risarcimento pervenute l'Assicurato dichiara i nominativi dei danneggiati e la data dell'evento. Le richieste relative ai nominativi sotto indicati saranno comunque escluse dalla garanzia:

Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo
Data	Nominativo

Assicuratrice Milanese S.p.A. Milano 2° Ufficio atti privati demanio

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

PROFESSIONE / SPECIALIZZAZIONE ESERCITATA
SCELTA DEL MASSIMALE / PREMI ANNUI LORDI

Professione/Specializzazione esercitata	Massimale in € (Crocettare) scelto e corrispondente premio annuo lordo in Euro in relazione alla professione/specializzazione esercitata			
	2.500.000 per sinistro 5.000.000 per anno		5.000.000 per sinistro e per anno	
Direttori Sanitario e Sociale	576			
Dirigente Medico e Veterinario	576		800	
Dirigente Sanitario non medico	408			
Componenti del Comitato Etico	576			
Medici Specialisti in Formazione	576		800	
Medici Convenzionati	576		800	
Medici Contrattisti	576		800	
Ostetriche	576		800	
Quadri Sanitari	60			
Personale Sanitario del Comparto	60			
OTA-OSS	60			
Direttore Generale	408			
Direttore Amministrativo	408			
Dirigenti non Sanitari	300			
Restante personale non sanitario	30			
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite		50% premio annuo lordo procapite	

Condizione aggiuntiva TUTELA GIUDIZIARIA AZIONE DIRETTA	100		Senza limite di importo in relazione ai costi inerenti ai legali e ai tecnici designati dalla Società

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte dell'aderente potrà avvenire, per i casi A. e B. di cui alla sezione "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" del presente modello:

- mensilmente tramite disposizione presso la propria banca di "ordine permanente di bonifico"

oppure:

- in unica soluzione

mentre per i casi previsti al punto B. della medesima sezione:

- esclusivamente in un'unica soluzione.

Per entrambe i casi il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore della HORUS CONSULENTI ASSOCIATI – Tel. 06 4116835 – Fax 06 41219591 – Mail segreteria@horusnetwork.it – in qualità di Agente Mandatario dell'Impresa assicuratrice, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

- BANCA POPOLARE DI ANCONA
- Codice IBAN IT69L0530803210000000010641

SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'Assicurando

Il presente Modulo contiene solamente alcuni dettagli della "polizza convenzione" che rimane l'unico documento rilevante ai fini della esatta determinazione del contenuto delle garanzie.

Questo Modulo NON è valido se non compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto.

Assicuratrice Milanese S.p.A. Milano 2° Ufficio atti privati demanio

Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7A e 7B)
Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali
Adeguatezza dei contratti offerti
Fascicolo informativo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome o Ragione Sociale: _____

Amministratore con potere di rappresentanza *(in caso di persona giuridica)*: _____

Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Prov.: _____

Codice Fiscale o Partita IVA: _____

Residenza o sede legale

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente_____

Modulo adesione compilato in data _____

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto Contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL. 7A.**

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)
_____

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL. 7B.**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)
_____

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali del contratto e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le carenze, le postume, le pregresse e la clausola "*claims made*".**

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)
_____

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLO INFORMATIVO del prodotto assicurativo richiesto.**

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)
_____

In relazione all'informativa ricevuta ai sensi **dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003**, comunica quanto segue:

- per la finalità di cui al punto 1, lettera a) dell'informativa (obblighi di legge);
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*
- per la finalità di cui al punto 1, lettera b) dell'informativa (finalità di conclusione e gestione dei contratti assicurativi);
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*
- per la finalità di cui al punto 2 dell'informativa (finalità promozionali e commerciali e miglioramento del servizio)
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*
- per la comunicazione ai soggetti di cui al punto 4, lettera a) dell'informativa (comunicazione obbligatoria per legge di dati a soggetti del settore assicurativo)*;
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*
- per la comunicazione ai soggetti di cui al punto 4, lettera b) dell'informativa (comunicazione dati a soggetti specializzati nella promozione commerciale, analisi della qualità del servizio e della soddisfazione dei Clienti);
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*
- per le finalità di cui al punto 5, dell'informativa (trasferimento dati all'estero);
  ☐ *da il consenso* ☐ *nega il consenso*

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'articolo 7 del D.Lgs n. 196/2003

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)
_____

Questionario sull'adeguatezza del contratto proposto

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare l'adeguatezza sul contratto proposto alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario; in particolare:

- se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

Da quale tipo di rischio vuole proteggersi stipulando un contratto di assicurazione?

- ☐ morte e/o lesione da infortunio
- ☐ malattia
- ☐ danni alle cose proprie
- ☐ rischi d'azienda
- ☐ responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)
- ☐ prodotto previdenziale
- ☐ assistenza legale nel caso di controversie, possibili azioni legali di terzi
- ☐ dettagli (specificare) _____

Rispetto al rischio sopra descritto, qual è il suo obiettivo?

- ☐ in caso di morte e/o lesioni da infortunio, tutelare i familiari o ricevere un indennizzo
- ☐ in caso di malattia, ricevere assistenza domiciliare e di orientamento al recupero fisico, ricevere un indennizzo, essere rimborsato per le spese sostenute
- ☐ in caso di danni alle cose proprie essere rimborsato dei danni e/o ricevere una pronta riparazione
- ☐ in caso di rischi economici, non sostenere esborsi
- ☐ costituzione di una posizione previdenziale
- ☐ in caso di assistenza legale, essere rimborsato delle spese sostenute o essere tenuto indenne dai costi ad esse relative
- ☐ altro (specificare) _____

Ha in corso o sta perfezionando altri contratti di assicurazione che garantiscono il rischio sopra descritto?

COMPILA QUI

- ☐ no
- ☐ si con la Compagnia: _____ con polizza N° _____

Lo scoperto corrisponde ad una somma espressa in forma percentuale detratta dalla prestazione assicurativa, mentre la franchigia corrisponde ad una somma fissa detratta dall'ammontare della prestazione assicurativa. I concetti sopra espressi, La sono chiari a sufficienza?

- ☐ no
- ☐ si

A che tipo di contratto preferisce aderire?

- ☐ annuale da rinnovare ad ogni scadenza
- ☐ pluriennale, salvo il diritto di recesso
- ☐ annuale con tacito rinnovo, con possibilità di disdetta annuale

Quale somma pensa di impegnare nel pagamento del premio assicurativo del contratto assicurativo?

☐ non superiore a 500,00 euro ☐ da 501,00 euro a 1.500,00 euro ☐ oltre 1.501,00 euro

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)

FIRMA QUI

_____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)

_____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative, poiché _____

_____

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Firma dell'intermediario

_____

Firma dell'interessato
(*Timbro in caso di persona giuridica*)

_____

È POSSIBILE FIRMARE ESCLUSIVAMENTE UNA OPZIONE

Località _____ **, data** _____**.**

COMPILA QUI