

ISTRUZIONI PER L'USO

PERCHÉ LA POSTUMA?

Perché in caso di cessazione dell'attività il medico rimane suscettibile di ricevere richieste di risarcimento per altri 10 anni

PER QUALE PRODOTTO?

Esclusivamente per la RC Professionale, perché opera in regime *claims made*, ossia a rendere indenne l'assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita

QUALI SONO LE CONDIZIONI NECESSARIE PER L'ACQUISTO?

Essere stati assicurati nell'annualità precedente ed aver cessato nell'attività nell'annualità precedente

COME PROCEDERE ALL'ADESIONE?

Compilare il seguente modulo e corrispondere il premio *una tantum*

QUANTO COSTA?

100% del premio previsto per l'ultima annualità

DEVO PROCEDERE AL PAGAMENTO ANCHE DELLA POLIZZA O SOLO DELLA POSTUMA?

Solo della postuma per cessata attività

Customer Care Service

800.186.038

da lunedì a venerdì: ore 9.30-12.30 e 13.30-20.00

@mail: pediatri@aon.it

Da:	A:	Aon S.p.A. AIRS - Associazione Italiana Rischi Sanità
Data:		
Oggetto: Polizza Convenzione RC Professionale COPERTURA POSTUMA		
Note (eventuali)		
ATTENZIONE La presente copertina fax ed i documenti contrassegnati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti ove necessario, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con una delle seguenti modalità: • @mail all'indirizzo: pediatri@aon.it • fax al n. 39 02 8723.0069 • posta all'indirizzo: Aon S.p.A. - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano – AIRS - Associazione Italiana Rischi Sanità		
DOCUMENTI DA ALLEGARE		
1. Il documento MODULO DI ADESIONE COPERTURA POSTUMA E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RC PROFESSIONALE (pag.1,2,3) 2. Copia del documento attestante l'avvenuto pagamento del premio in caso di pagamento tramite bonifico bancario		

**MODULO DI ADESIONE COPERTURA POSTUMA E DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE
RC PROFESSIONALE NOBIS**

DATI DELL'ADERENTE

Cognome

Nome

Codice fiscale

Indirizzo (Via, Cap, Città, Prov.)

Mail:

Telefono:

L'aderente dichiara di aver cessato definitivamente l'attività lavorativa assicurata in data ____/____/2018
La data di cessazione dell'attività non può essere successiva al 31/12/2018.

ADESIONE – SCELTA DELLE GARANZIE

1. indicare il premio corrisposto nell'ultima annualità e relativo all'attività cessata

MASSIMALE	1.500.000	3.000.000	5.000.000
Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)	€ 406,50	€ 541,50	€ 677,00
Pediatra, inclusa estensione alla neonatologia (esclusa pediatria chirurgica)	€ 541,50	€ 677,00	€ 857,50

DETERMINAZIONE DEL PREMIO MODALITA' DI PAGAMENTO

LA COPERTURA ASSICURATIVA HA EFFETTO DALLE ORE 24.00 DEL 31.12.2018 QUALORA IL MODULO DI ADESIONE SIA STATO SOTTOSCRITTO ED IL RELATIVO PREMIO VERSATO ENTRO IL 30.01.2019

L'Aderente deve effettuare il pagamento del premio individuato nella tabella soprariportata per un importo pari ad € _____

IBAN IT 35 A 02008 05351 000102946587
BENEFICIARIO Aon S.p.A. - Via Andrea Ponti 8/10 - 20143 Milano - MI
CAUSALE OBBLIGATORIA AIRS + nome cognome + codice fiscale

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di essere consapevole che la Polizza/Convenzione RC Professionale Nobis è intermediata mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto, come previsto dalle disposizioni dei Regolamenti IVASS n. 5/2006 e n. 34/2010, le informazioni precontrattuali, contenute nel documento denominato "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto" pubblicato alla sezione "Documenti Tecnici" del portale AonProf
- di avere preso visione e di accettare le Condizioni del contratto di Assicurazione di cui alla RC PROFESSIONALE AIRS il cui testo è disponibile presso AIRS - Associazione Italiana Rischi Sanità o presso il sito www.airs.it e di avere ricevuto e di avere preso visione delle predette Condizioni del contratto di Assicurazione ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n° 5/2006 ed Art. 30 n. 7 del Regolamento IVASS n. 35/2010
- di essere consapevole che l'iscrizione a AIRS - Associazione Italiana Rischi Sanità è condizione necessaria per l'efficacia delle garanzie

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

Il sottoscritto dichiara di affidare in via esclusiva la gestione della/e copertura/e assicurativa/e e degli eventuali sinistri di Responsabilità Civile Professionale ad Aon S.p.A., broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.

Il contraente dichiara altresì di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker e la decadenza dall'azione di responsabilità precisati nella Parte V delle "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto".

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

Il Contraente dichiara di aver attentamente valutato e di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 e 1342 c.c., le disposizioni dei seguenti articoli del Modulo "Informazioni da rendere al contraente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto": PARTE V - Limitazione della responsabilità civile professionale del broker e decadenza dall'azione di responsabilità.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

ADEGUATEZZA

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative dell'Aderente. Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative dell'Aderente, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza. Pertanto:

Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate?

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| I. | l'Aderente intende tutelarsi contro il rischio di dover esborsare somme da corrispondere a titolo di risarcimento per danni involontariamente cagionati a terzi a seguito di errori ed omissioni colposi direttamente connessi all'esercizio dell'attività professionale di Medico, (RC PROFESSIONALE) | SI | NO |
| II. | l'Aderente è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, evidenziati in apposite sezioni (Parte VII, VIII e IX) del documento, di cui ha preso visione con la sottoscrizione del presente modulo | | |

In caso di risposta negativa alla dichiarazione che precede, l'Aderente dichiara che non intende fornire alcuna dichiarazione circa le proprie esigenze assicurative ma di voler comunque sottoscrivere la polizza per la Responsabilità Civile Professionale e se espressamente richiamata pur consapevole che potrebbe non essere adeguata rispetto alle proprie esigenze assicurative.

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Aderente

AVVISO PER IL PROPONENTE

*ai sensi del Regolamento IVASS 35/2010 si ricorda che la documentazione precontrattuale e contrattuale è pubblicata anche alla sezione Documenti Tecnici del portale AonProf.
È diritto del ciascun proponente/assicurato di richiedere la documentazione sopra indicata anche a mezzo fax-posta/ supporto cartaceo facendone richiesta all'indirizzo pediatri@aon.it*