

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE
del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____, residente in _____, via _____, cap _____
 codice fiscale _____, indirizzo e-mail _____
 in qualità di _____ presso l'Azienda _____

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' per COLPA GRAVE

con decorrenza dal _____ al _____ e con massimale di E. _____

L'aderente dichiara di non essere direttore / dirigente / amministratore di RSA ?	SI	NO
L'aderente, alla luce di quanto disposto dall'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione e dietro corresponsione di un sovrappremio, desidera estendere la copertura ai procedimenti penali, prendendo atto che le spese legali e dei periti nominati dagli indagati / imputati dei procedimenti penali rimarranno a carico esclusivo dell'Assicurato, così come tutti i procedimenti penali di cui sia già a conoscenza?	SI	NO

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A)** le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con Lloyd's Insurance Company S.A. di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B)** l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C)** non ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.
- D)** di non essere stato oggetto in precedenza di azioni disciplinari intentate nei miei confronti

Data _____

FIRMA _____

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forme dell'Assicurazione ("Claims Made"-Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione: rescindibilità annuale
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 23	Clausola Broker
Articolo 25	Modalità di adesione alla Polizza Convenzione

Data _____

FIRMA _____

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali.

Data _____

FIRMA _____

ALLEGATO A – MODULO DI ADESIONE