



ATTENZIONE: IL PRESENTE MODULO RIGUARDA ESCLUSIVAMENTE L'ACQUISTO DELLA GARANZIA POSTUMA PER CAMBIO QUALIFICA

ISTRUZIONI PER L'USO

PERCHÉ LA POSTUMA CAMBIO QUALIFICA ?

Perché in caso di riduzione del rischio assicurato (es. da libero professionista con neonatologia a dipendente di struttura pubblica) è opportuno mantenere la copertura per le richieste di risarcimento che dovessero pervenire, relative all'attività cessata. Questa copertura dura 5 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?

1. Essere stati assicurati nell'annualità precedente per l'attività a maggior rischio cessata
2. Rinnovare la copertura di Rc Professionale, riferita alla nuova attività a minor rischio,

COME PROCEDERE ALL'ADESIONE?

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

QUANTO COSTA?

100% del premio corrisposto nell'ultima annualità

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

Devo procedere al pagamento della postuma per l'attività cessata a maggior rischio e anche della polizza di RC Professionale e della Tutela Legale per la nuova attività a minor rischio



Customer Care Service

800.894.571

da lunedì a venerdì: ore 9.30-13.00 e 14.30-20.00

@mail: polizzasip@aon.it

Da:	A:	Aon S.p.A. Convenzione SIP
Data:		
Oggetto: Copertura Postuma per Cessata Attività		
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: polizzasip@aon.it fax al n. +39 02 8723.0069 posta all'indirizzo: Aon S.p.A. - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano – Conv. SIP		
Articolo 27 - Variazioni del rischio Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento/variazione del rischio (art. 1898 Codice Civile) l'Assicurato potrà: - qualora tale aggravamento dell'attività svolta dall'Assicurato sia assicurabile con la presente Polizza, l'assicurazione proseguirà coprendo anche la nuova attività, sempre che l'Assicurato abbia provveduto tempestivamente alla comunicazione alla Società, all'inoltro di un nuovo Modulo di Adesione ed al successivo pagamento della differenza di premio tra quello dovuto e quello pagato, entrambi determinati secondo quanto previsto dall'Articolo 26 che precede. - qualora tale aggravamento/variazione dell'attività svolta dall'Assicurato non sia assicurabile con la presente Polizza, l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria riferita unicamente all'attività coperta in Polizza per le Richieste di Risarcimento avanzate nel Periodo di Assicurazione. L'assicurato, entro 60 giorni dal termine di tale Periodo di Assicurazione, potrà attivare la copertura di cui all'articolo 18 che precede; Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione del rischio (art. 1898 Codice Civile), l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria senza variazione. A scadenza l'Assicurato potrà: - qualora tale diminuzione dell'attività svolta dall'Assicurato sia assicurabile con la presente Polizza potrà coprirla pagando il nuovo premio previsto per l'attività di minor rischio; Solo in questo caso, sarà possibile acquistare un'estensione di garanzia postuma a copertura delle Richieste di Risarcimento che dovessero insorgere nei 5 anni successivi alla scadenza anniversaria e connesse all'attività assicurata cessata. A tal fine sarà necessario per l'Assicurato corrispondere un premio pari al 100% di quello riferito all'attività cessata che dovrà essere versato in un'unica soluzione.		

MODULO ATTIVAZIONE POSTUMA PER CAMBIO QUALIFICA

DATI DELL'ADERENTE

Cognome Nome	
Codice Fiscale	
P.IVA	
Data e luogo di nascita	
CAP – Località – Provincia	
Indirizzo residenza	
N. Telefonico – N. Fax – N. Cellulare	
Data iscrizione all'ordine dei medici	

ADESIONE E SCELTA DELLE GARANZIE

Indicare l'attività cessata nella seguente tabella:

	Massimale	3 Milioni	5 Milioni
01	<input type="checkbox"/> Attività Svolta in corso di specializzazione / Medico Specializzando	€ 230,00 (retro 10 anni)	
02	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatra di famiglia e/o libera scelta (è esclusa l'attività di sala parto o di Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella)	€ 520,00 (retro 10 anni)	€ 630,00 (retro 10 anni)
03	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto pubblico compresa attività intramoenia anche allargata. Sono equiparati ai dipendenti di strutture sanitarie di diritto pubblico i medici dipendenti di strutture accreditate dal SSN che per contratto di lavoro od altri accordi tra le parti, sono resi indenni dal datore di lavoro dalle conseguenze della Responsabilità Civile che a titolo personale possa loro derivare nei confronti di terzi per eventi riconducibili alla loro attività sanitaria (è inclusa l'attività in sala parto o di Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella).	€ 620,00 (retro 10 anni)	€ 760,00 (retro 10 anni)
04	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto privato (è esclusa l'attività in sala parto o di Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella)	€ 740,00 (retro 10 anni per dipendente retro 7 anni libera professione)	€ 907,00 (retro 10 anni per dipendente retro 7 anni libera professione)
	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatria svolta alle dipendenze di strutture sanitarie di diritto pubblico ma con attività extramoenia (è esclusa l'attività extramoenia in sala parto o di Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella)	€ 851,00 (retro 10 anni per dipendente e 10 per libera professione)	€ 1.043,00 (retro 10 anni per dipendente e 10 per libera professione)
	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatria svolta in ambito libero professionale (è esclusa l'attività in sala parto o di Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella)		
05	<input type="checkbox"/> Attività di Pediatria svolta all'interno di strutture sanitarie pubbliche e/o private in regime di libera professione o extramoenia (è inclusa l'attività di sala parto e Neonatologia come da definizione in calce alla presente tabella)	€ 950,00 (retro 10 anni per dipendente retro 7 anni lib professione)	
		€ 1.092,00 (retro 10 anni per dipendente e 10 per libera professione)	

Neonatologia: la cura e l'assistenza del neonato, intendendosi per tale il nato delle prime 4 settimane, svolta all'interno di strutture sanitarie pubbliche e/o private con esclusione delle strutture esclusivamente ambulatoriali.



MODULO ATTIVAZIONE POSTUMA PER CAMBIO QUALIFICA

DETERMINAZIONE DEL PREMIO MODALITA' DI PAGAMENTO

L'Assicurato, nell'acquistare la garanzia postuma di cinque (5) anni per cambio di attività dichiara di non essere a conoscenza di atti, fatti e circostanze che possano dare luogo a Richieste di Risarcimento, con riferimento all'attività professionale cessata per la quale si intende acquistare la garanzia postuma.

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 28.02.2019 CONTESTUALMENTE AL PAGAMENTO DEL PREMIO PER L'ADESIONE ALLA POLIZZA IN PRIMO RISCHIO.

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

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

€ _____

IBAN IT78U0200805351000104997542
BENEFICIARIO AON SPA
CAUSALE OBBLIGATORIA Postuma cambio qualifica SIP + cognome e nome

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di affidare la gestione della copertura postuma di Responsabilità Civile Professionale ad Aon S.p.A., Broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.

_____ Firma: _____
data nome e cognome 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 sul sito di SIP
- di avere preso visione e di accettare le Condizioni di Contratto e le Condizioni di Assicurazione di cui alla Convenzione RC Professionale sottoscritta da SIP
- di avere ricevuto e di avere preso visione delle predette Condizioni di Contratto e Condizioni 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 SIP è condizione necessaria per l'efficacia delle garanzie

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

L'Aderente dichiara di essere consapevole che la Polizza/Convenzione RC Professionale AmTrust Europe Limited 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.

_____ Firma: _____

Data nome e cognome l'Aderente



MODULO ATTIVAZIONE POSTUMA PER CAMBIO QUALIFICA

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RELATIVE ALLA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurato dichiara:

1. di aver preso atto che il contratto di assicurazione è nella forma «claims made», a copertura delle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo;
2. di accettare specificatamente quanto contenuto nelle seguenti disposizioni delle:
 - Condizioni del Contratto: clausola VI
 - Condizioni di Assicurazione: Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento del rischio; Art.9 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Art.10 - Oggetto dell'assicurazione; Art. 12 - Esclusioni; Art.13 - Delimitazioni; Art. 14 - Limiti territoriali; Art.16 - Gestione delle vertenze e spese legali; Art.19 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro; Art.21 - Gestione della Polizza; Art. 22 - Oggetto dell'estensione di garanzia; Art. 24 - Delimitazioni dell'estensione di garanzia; Art.26 - Determinazione del premio; Art.27 - Variazione del rischio; Art.28 - Variazione del rischio; Art. 31 - Premio e operatività della copertura in eccesso al massimale di Polizza; Art.34 - Franchigia e gestione dei sinistri in franchigia.

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art.13 D. Lgs. 196/2003 (contenuta nelle Condizioni di Assicurazione e nel Fascicolo Informativo) e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi – anche all'estero compresi paesi extra UE - dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

_____ Firma: _____
data nome e cognome l'Aderente

AVVISO PER IL PROPONENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 35/2010 si ricorda che la documentazione precontrattuale e contrattuale è pubblicata al link www.sip.it/pianeta-sip

È diritto del ciascun proponente/assicurato di richiedere la documentazione sopra indicata anche a mezzo fax-posta/ supporto cartaceo facendone richiesta all'indirizzo polizzasip@aon.it