



## 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?

**300%** del premio corrisposto nell'ultima annualità, ovvero il premio corrisposto nell'ultima annualità moltiplicato per **3 volte**

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

Solo della postuma per cessata attività





## MODULO ATTIVAZIONE POSTUMA RC PROFESSIONALE PER CESSATA ATTIVITÀ NEL 2018

### 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 RC PROFESSIONALE PER CESSATA ATTIVITÀ NEL 2018

### DETERMINAZIONE DEL PREMIO MODALITÀ DI PAGAMENTO

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2018

**L'Assicurato deve effettuare il pagamento del premio in un'unica soluzione pari a:**

300% del premio corrisposto nell'ultima annualità, ovvero il premio corrisposto nell'ultima annualità moltiplicato per 3 volte

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

€ \_\_\_\_\_

<b>IBAN</b>	<b>IT78U0200805351000104997542</b>
<b>BENEFICIARIO</b>	AON SPA
<b>CAUSALE OBBLIGATORIA</b>	Postuma cessata attività 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.

\_\_\_\_\_ 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 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.

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ nome e cognome Firma: \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ nome e cognome Firma: \_\_\_\_\_ l'Aderente



## MODULO ATTIVAZIONE POSTUMA RC PROFESSIONALE PER CESSATA ATTIVITÀ NEL 2018

### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE RELATIVE ALLA POLIZZA RESPONSABILITÀ 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.

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ nome e cognome Firma: \_\_\_\_\_ l'Aderente

### MODALITÀ DI ADESIONE

L'operatività è subordinata alle seguenti condizioni:

- a) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato entro il 28.02.2019 con la restituzione del presente modulo;
- b) che l'assicurato si impegni a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- c) che l'Assicurato dichiari ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di copertura

\_\_\_\_\_ 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 al link [www.sip.it/pianeta-sip](http://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](mailto:polizzasip@aon.it)*