

“ALLEGATO A” - FACSIMILE “MODULO DI ADESIONE”

POLIZZA COLLETTIVA - ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il / la sottoscritto / a nato / a il, residente in
....., via / piazza..... N°, codice fiscale
....., indirizzo e-mail in qualità di
..... presso l'Azienda

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”

con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 2015RCG00092-642136 stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;
- (2) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;
- (3) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

Data FIRMA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 2015RCG00092-642136 stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**;
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione “Claims Made”;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

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