

Modulo di adesione alla polizza Convenzione RC Professionale
AIFI – ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI - Italiana Assicurazioni S.p.A.
n. 2013/07/6077652
ESTENSIONE COORDINATORI E P.O. 2018

Io sottoscritto (Richiedente):

Nome Cognome		
Nato a	Prov.	
Residente a	Prov.	
Via	N°	
Codice fiscale / P. IVA	N° iscrizione a AIFI	

Richiedo a **AIFI – ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI** l'inserimento del mio nominativo fra gli assicurati ai sensi della Polizza-Convenzione di Responsabilità Civile da voi stipulata con Italiana Assicurazioni S.p.A.

alla categoria 2) massimale RCT € 5.000.000 di cui art. 4.7 normativo con estensione della garanzia alla responsabilità di P.O. e coordinatori

Dichiaro, anche ai sensi degli art. 1892, 1893 del Codice Civile quanto segue:

- di svolgere la professione di *fisioterapista* e di essere regolarmente iscritto ad A.I.F.I
- di aver conseguito il titolo abilitante la professione dichiarata in data.....
- di essere **dipendente** **libero professionista**
- eventuale studio professionale privato sito in.....

2.1 - di NON aver ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di fisioterapista,

oppure

2.2 - di AVER ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di fisioterapista;

3.1 - di NON essere a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo di Adesione, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di fisioterapista.

oppure

3.2 - di ESSERE a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo di Adesione, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di fisioterapista

Avvertenza: nel caso in cui siano state selezionate le dichiarazioni 2.2 e/o 3.2 l'adesione alla Polizza-Convenzione non sarà possibile e non deve essere effettuato il pagamento del premio assicurativo.

La richiesta potrà comunque essere inoltrata a AIFI – ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI unitamente alle ulteriori informazioni utili per la valutazione del rischio da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato a **AIFI – ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI** in nessun caso la data di decorrenza dell'assicurazione potrà essere anteriore al 28/02/2013, data di decorrenza della Convenzione.

Il premio assicurativo comprensivo di imposte è convenuto in:

€ 20,00 per estensione della garanzia assicurativa P.O. e COORDINATORI in aggiunta alla polizza base da € 60,00

Indipendentemente dalla data di adesione, l'assicurazione termina alle ore 24.00 del 28/02 di ogni anno, sempreche' sia stato effettuato il versamento del premio corrispondente al periodo di copertura come su indicato, senza tacito rinnovo.

Il premio di polizza potrà essere versato:

 **su conto corrente bancario intestato ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A., Codice IBAN IT52V0503401437000000001313 con la seguente causale: Integrazioni P.O. e COORDINATORI- Nome e Cognome.**

IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE DEVE ESSERE COMPILATO DATATO E FIRMATO DAL RICHIEDENTE ED INVIATO VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: polizzeaifi@gmail.com OPPURE VIA FAX AL N. 010/543617 unitamente a copia del BONIFICO ESEGUITO

SI RAMMENTA A TUTTI I FISIOTERAPISTI CHE INTENDANO SOTTOSCRIVERE LA COPERTURA ASSICURATIVA, CHE CONDIZIONE ESSENZIALE PER IL RILASCIO DELLA QUIETANZA, E QUINDI DELL'ATTIVAZIONE DELLE GARANZIE ASSICURATIVE, E' LA REGOLARE ISCRIZIONE AD A.I.F.I PER L'ANNO PER IL QUALE SI RICHIEDE LA COPERTURA ASSICURATIVA STESSA.

L'iscrizione ad A.I.F.I. si perfeziona con l'invio della documentazione richiesta entro la fine dell'anno..che dovrà essere trasmessa una sola volta e sarà valida fino ad eventuale nuova richiesta.

Il solo versamento del premio non corrisponde all'attivazione della polizza in mancanza dei requisiti di iscrizione

AIFI

QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA

Così come disposto dal Regolamento ISVAP n° 5/2006 art. 52, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione.

1) Desidero tutelare il mio patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose, a persone o puramente di natura pecuniaria) nello svolgimento delle prestazioni professionali da me eseguita

SI NO

2) Desidero tutelare il mio patrimonio dalle azioni conseguenti alla Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro

SI NO

3) Desidero tutelare il mio patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose o a persone) durante la quotidiana conduzione dei locali sede della mia attività

SI NO

N.B. alcune garanzie prevedono franchigie/scoperti in caso di sinistro e limitazioni/esclusioni della prestazione. Le raccomandiamo di leggere attentamente le condizioni di assicurazione con specifico riguardo alle parti evidenziate in grassetto.

Tenuto conto che l'evento dannoso può svilupparsi/manifestarsi su un arco temporale prolungato ed anche superiore alla durata della polizza, raccomandiamo l'attenta lettura delle condizioni assicurative inerenti l'efficacia della garanzia nel tempo.

NEL CASO DI RISPOSTA NEGATIVA ALLA DOMANDA N. 1 OPPURE NEL CASO DI MANCATA RISPOSTA AD UNA O PIÙ DOMANDE DA PARTE DEL DICHIARANTE, NON SARÀ POSSIBILE PROCEDERE ALLA PRESTAZIONE DELLA COPERTURA TRAMITE ADESIONE ALLA CONVENZIONE A.I.FI (Associazione Italiana Fisioterapisti)

Data

Firma dichiarante (potenziale assicurato)

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative - La informiamo che i dati personali che La riguardano richiesti o acquisiti, eventualmente anche sensibili e/o giudiziari, saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

B) Modalità di trattamento dei dati personali - I dati sono trattati dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti. Nella nostra Società i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori esterni nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa.

C) Comunicazione dei dati - I dati, secondo i casi, limitatamente allo svolgimento delle finalità sopra indicate, potranno essere comunicati ad altri soggetti che si configurano come Responsabili o Titolari autonomi per specifici ambiti di trattamento.

D) Diffusione dei dati - I dati personali non sono soggetti a diffusione.

E) Conferimento dei dati - Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo, tuttavia, in mancanza di comunicazione non potremo dar seguito alle finalità descritte al punto A) della presente informativa.

F) Diritti dell'interessato - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, anche mediante l'utilizzo della posta elettronica, del fax o del telefono e di ricevere immediato riscontro che confermi l'interruzione di tale trattamento (art. 7 del D.Lgs. 196/2003). Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, **Benvenuti in Italiana** Italiana Assicurazioni, Via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano, **Numero Verde 800-101313** (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, **e-mail: benvenutitaliana@italiana.it**

G) Titolare del trattamento - Italiana Assicurazioni S.p.A.

H) Responsabile del trattamento - Il Dirigente pro tempore della Direzione Tecnica Rami Elementari.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.

Data _____ Firma _____

I) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali - Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Data _____ Firma _____

L) Relativamente alle finalità di cui alla lettera I), chiediamo altresì il Suo consenso al fine di permettere alla nostra Società ed ai soggetti sopra indicati di effettuare il trattamento dei Suoi dati anche per il tramite di strumenti di comunicazione elettronica quali e-mail, telefax, messaggi tipo Mms (Multimedia Messaging Service), o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

e-mail _____ Data _____ Firma _____

Precisiamo che il consenso è, nei casi previsti alle lettere I) e L), del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.