



**POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE PER L'ASSICURAZIONE DELLA  
RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E DELLA TUTELA LEGALE DELL'OSTETRICA  
DEDICATA ALLE/GLI ISCRITTE/I ALL'ORDINE DI .....**

## **MODULO DI ADESIONE**

### **ATTENZIONE**

Il presente MODULO DI ADESIONE deve essere inviato, debitamente sottoscritto, alla **Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica** seguendo la modalità di seguito descritta:

- a mezzo e-mail all'INDIRIZZO (INDIRIZZO DEDICATO)...

ALLEGANDO LA PROVA DELL'AVVENUTO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO A FINALITA' ASSICURATIVE (ricevuta bonifico)

**CUSTOMER CARE SERVICE a cura di AON S.P.A.**

☎ numero verde da attivare

da lunedì a venerdì

ore 9.30 – 12.30 e 13.30 – 20.00

@mail: [ostetriche@aon.it](mailto:ostetriche@aon.it) (da confermare)

Fax: 02.87230511: (da confermare)

### **AVVERTENZE**

Il presente Modulo di Adesione, unitamente alla ricevuta del versamento del Contributo con Finalità Assicurativa, rappresenta la prova dell'adesione alla Polizza Collettiva ad Adesione intestata all'Ordine della Professione di Ostetrica di ....., che avrà decorrenza dalle ore 24 del giorno di effettuazione del versamento del Contributo.



## DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE

DATI DELL'ADERENTE	
NOME	COGNOME
CODICE FISCALE	PROVINCIA DI RESIDENZA
INDIRIZZO:	CAP
Numero Iscrizione Albo .....	Data Iscrizione Albo .....

## SEZIONE 1 – POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE (LOGO ASSICURATORE)

DATI DELLA POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE
POLIZZA N. .... DECORRENZA 31.12.2019 – SCADENZA 31.12.2022

### AVVERTENZA PRELIMINARE

Anche ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e del Regolamento IVASS 40/2018, si richiama l'attenzione dell'aderente sulle seguenti informazioni:

Esigenze e informazioni riguardanti il cliente

- La polizza è riservata alle Ostetriche e agli Ostetrici iscritti all'Albo che svolgano la propria attività professionale in regime di Libera Professione e/o presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata, intendendo come tale ospedali, cliniche, Residenze Sanitarie Assistite, Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e ogni struttura analoga per destinazione e servizi prestati
- La polizza offre copertura all'Assicurato quando questi sia coinvolto in un procedimento legato al riconoscimento della sua responsabilità professionale, civile o amministrativa.
- La polizza non offre copertura per l'attività svolta dall'Assicurato al di fuori di quelle che sono le competenze professionali di Ostetrica/o, così come previsto dalla normativa in vigore. Se l'Assicurato svolge attività diverse da quella di Ostetrica/o dovrà valutare l'acquisto di una diversa o ulteriore polizza assicurativa.



Informazioni riguardanti il contratto  
assicurativo

La polizza opera con clausola Claims Made, che tiene indenne per Richieste di Risarcimento, Fatti o Circostanze che si manifestino durante il periodo di Assicurazione, in relazione a errori e/o omissioni verificatisi nei 10 anni precedenti alla prima adesione alla Polizza Collettiva Obbligatoria (DA MODIFICARE IN CASO DI VARIANTE MIGLIORATIVA). Non sono però coperte le Richieste di Risarcimento, Fatti o Circostanze verificatisi prima della decorrenza del primo periodo di assicurazione e per le quali fosse operante una precedente polizza assicurativa. In caso di cessazione definitiva dell'attività per qualsiasi causa, la polizza rimane valida, fino a concorrenza del massimale, per i Sinistri che siano ricollegabili a Comportamenti colposi posti in essere prima della cessazione dell'attività professionale, denunciati nei 10 anni successivi a detta cessazione (DA MODIFICARE IN CASO DI VARIANTE MIGLIORATIVA).

Il massimale di polizza è di euro 2.000.000,00 o di euro 5.000.000,00 a scelta dell'Assicurato, che dovrà valutare la sua potenziale esposizione al rischio al fine di effettuare la scelta per lui più corretta. In linea generale ove l'attività possa comportare gravi lesioni fisiche ai pazienti, anche permanenti, si ritiene più tutelante il massimale di euro 5.000.000,00, in particolare se l'attività viene svolta in regime libero professionale.

In caso di coesistenza con altre coperture assicurative a favore dell'Assicurato questa polizza opera comunque a primo rischio.

## DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

- L'Aderente conferma di essere interessato a una copertura assicurativa annuale, con scadenza il 31 dicembre di ogni anno, e che gli sono state illustrate, anche per il tramite del portale della Federazione, le caratteristiche essenziali, le tariffe e i costi della polizza.
- In particolare l'Aderente conferma che gli sono stati esposti, anche per il tramite del portale della Federazione, le esclusioni, i massimali, i sottolimiti, le modalità di fruizione delle garanzie di polizza, le delimitazioni temporali (Claims made con retroattività decennale (O VARIANTE) e ultrattività decennale (O VARIANTE) in caso di cessazione definitiva della copertura), il contenuto e le delimitazioni dell'oggetto delle garanzie
- L'Aderente dichiara di aver preso atto delle Informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della Polizza Collettiva ad adesione stipulata dal proprio Ordine e ritiene la stessa conforme alle proprie esigenze di copertura assicurativa con riferimento alla Responsabilità Professionale.
- L'Aderente dichiara inoltre di aver compreso i contenuti del Set Informativo e dell'informativa precontrattuale (Allegati 3 e 4) presenti al seguente link: <http://www.fnopo.it>

data	Nome	cognome

Firma: \_\_\_\_\_  
L'Assicurando

## DICHIARAZIONI DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

- L'assicurando dichiara di essere consapevole, in seguito alle Informazioni fornite dall'intermediario, dell'inadeguatezza del prodotto rispetto alle proprie aspettative, confermando comunque la volontà di acquisto dello stesso

data	Nome	cognome

Firma: \_\_\_\_\_  
L'Assicurando

**OPZIONE DI COPERTURA SCELTA**

L'aderente ha facoltà di scegliere tra due diverse opzioni di massimale. Il massimale è il limite massimo di risarcimento a carico dell'Assicuratore per ogni sinistro e complessivamente per ogni periodo assicurativo. Sono a carico dell'Assicuratore anche le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

Nella tabella seguente mettere una **X** in corrispondenza della combinazione di premio e massimale scelto, in relazione alla data di compilazione del presente modulo di adesione.

PER ADESIONE PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO ENTRO IL 30 GIUGNO DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
<b>EURO 2.000.000,00</b>	12/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	
<b>EURO 5.000.000,00</b>	12/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 32 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	

PER ADESIONI PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO TRA IL 1 LUGLIO E IL 30 SETTEMBRE DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
<b>EURO 2.000.000,00</b>	6/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	
<b>EURO 5.000.000,00</b>	6/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 32 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	

PER ADESIONI PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO TRA IL 1 OTTOBRE E IL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
<b>EURO 2.000.000,00</b>	15/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO SUCCESSIVO	
<b>EURO 5.000.000,00</b>	15/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 32 DICEMBRE DELL'ANNO SUCCESSIVO	

L'Assicurando conferma che le dichiarazioni ed informazioni fornite in questo modulo sono veritiere e complete e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;

data	nome	cognome		

Firma: \_\_\_\_\_  
L'Assicurando



## SEZIONE 2 – POLIZZA TUTELA LEGALE

### (LOGO ASSICURATORE)

DATI DELLA POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE
POLIZZA N. .... DECORRENZA 31.12.2019 – SCADENZA 31.12.2022

#### AVVERTENZA PRELIMINARE

Anche ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e del Regolamento IVASS 40/2018, si richiama l'attenzione dell'aderente sulle seguenti informazioni:

Esigenze e  
informazioni  
riguardanti il  
cliente

- La polizza è riservata alle Ostetriche e agli Ostetrici iscritti all'Albo che svolgano la propria attività professionale in regime di Libera Professione e/o presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata, intendendo come tali ospedali, cliniche, Residenze Sanitarie Assistite, Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e ogni struttura analoga per destinazione e servizi prestati
- La polizza offre copertura delle spese sostenute dall'Assicurato quando questi sia coinvolto in un procedimento giudiziario che riguardi la sua attività professionale e nell'ambito delle proprie competenze
- La polizza non offre copertura per l'attività svolta dall'Assicurato al di fuori di quelle che sono le competenze professionali di Ostetrica/o, così come previsto dalla normativa in vigore. Se l'Assicurato svolge attività diverse da quella di Ostetrica/o dovrà valutare l'acquisto di una diversa o ulteriore polizza assicurativa.



Informazioni  
riguardanti il contratto  
assicurativo

La polizza indennizza l'Assicurato per le spese sostenute a seguito di un Procedimento Penale per Delitto Colposo, per Contravvenzione o per Delitto Doloso, ma in quest'ultimo solo in caso di successivo proscioglimento o assoluzione ovvero derubricazione del reato da Doloso a Colposo.

La polizza indennizza altresì l'Assicurato per le spese sostenute per un ricorso gerarchico o un'opposizione al giudice di primo grado competente avverso una sanzione amministrativa.

Se l'Assicurato svolge la propria professione nell'ambito di una Struttura Sanitaria Pubblica la polizza indennizza inoltre per le spese sostenute a seguito di un giudizio o un'azione di Responsabilità Amministrativa per Colpa Grave. In caso di Procedimento Penale per Delitto Doloso inerente l'attività svolta nell'ambito di una Struttura Sanitaria Pubblica la polizza indennizza, oltre che nel caso di successivo proscioglimento o assoluzione o derubricazione del reato da Doloso a Colposo, anche nel caso di "patteggiamento"

La polizza opera quando la presunta violazione di norme di legge è avvenuta in vigenza di contratto (dopo la decorrenza dello stesso e prima della scadenza) e si manifesta nel medesimo lasso di tempo o nei 5 anni successivi. La polizza opera anche quando la presunta violazione di norme di legge è iniziata nei 5 anni precedenti ma si manifesti per la prima volta in vigenza di contratto.

Il massimale di polizza è di euro 50.000,00 per sinistro con l'adozione dei seguenti sottolimiti:

- 50% per il primo grado di giudizio
- 30% per il secondo grado di giudizio
- 20% per l'ulteriore prosecuzione in distinto procedimento di riesame **(DA MODIFICARE IN CASO DI VARIANTE)**

L'Aderente deve valutare la sua potenziale esposizione al rischio per valutare se la somma assicurata sia adeguata alle proprie esigenze. In caso contrario potrà ricercare sul libero mercato coperture assicurative con massimali superiori.

In caso di coesistenza con altre coperture assicurative a favore dell'Assicurato questa polizza opera secondo il dettato dell'art. 1910 del c.c. per cui tutti gli Assicuratori coinvolti rispondono sulla base del rispettivo contratto.

## DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

- L'Aderente conferma di essere interessato a una copertura assicurativa annuale, con scadenza il 31 dicembre di ogni anno, e che gli sono state illustrate, anche per il tramite del portale della Federazione, le caratteristiche essenziali, le tariffe e i costi della polizza.
- In particolare l'Aderente conferma che gli sono stati esposti, anche per il tramite del portale della Federazione, le esclusioni, i massimali, i sottolimiti, le modalità di fruizione delle garanzie di polizza, le delimitazioni temporali, il contenuto e le delimitazioni dell'oggetto delle garanzie.
- L'Aderente dichiara di aver preso atto delle Informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della Polizza Collettiva ad adesione stipulata dal proprio Ordine e ritiene la stessa conforme alle proprie esigenze di copertura assicurativa con riferimento alla Responsabilità Professionale.
- L'Aderente dichiara inoltre di aver compreso i contenuti del Set Informativo e dell'informativa precontrattuale (Allegati 3 e 4) presenti al seguente link: <http://www.fnopo.it>

data	Nome	cognome

Firma: \_\_\_\_\_  
L'Assicurando



### DICHIARAZIONI DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

L'assicurando dichiara di essere consapevole, in seguito alle Informazioni fornite dall'intermediario, dell'inadeguatezza del prodotto rispetto alle proprie aspettative, confermando comunque la volontà di acquisto dello stesso

--	--	--

data

Nome

cognome

Firma:

L'Assicurando

### OPZIONE DI COPERTURA SCELTA

L'aderente ha facoltà di scegliere tra due diverse opzioni di massimale. Il massimale è il limite massimo di risarcimento a carico dell'Assicuratore per ogni sinistro

Nella tabella seguente mettere una **X** in corrispondenza della combinazione di premio e massimale scelto, in relazione alla data di compilazione del presente modulo di adesione.

ADESIONE PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO ENTRO IL 30 GIUGNO DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
EURO 50.000,00	12/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	

ADESIONI PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO TRA IL 1 LUGLIO E IL 30 SETTEMBRE DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
EURO 50.000,00	6/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO IN CORSO	

ADESIONI PERFEZIONATE CON IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSICURATIVO TRA IL 1 OTTOBRE E IL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO

MASSIMALE	PREMIO	PERIODO ASSICURATIVO	SCELTA
EURO 50.000,00	15/12	DALLE ORE 24 DELLA DATA DI ADESIONE FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO SUCCESSIVO	

L'Aderente conferma che le dichiarazioni ed informazioni fornite in questo modulo sono veritiere e complete e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa

--	--	--

Data

nome

cognome

Firma:

L'Assicurando