

da inviare per e:mail a info@nursind.it unitamente ad una copia della contabile relativa al pagamento del premio

DATI DELL' ASSICURANDO											
COGNOME				NOME							
INDIRIZZO											
CAP		CITTÀ						PROV.			
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA				PROVINCIA DI NASCITA					
TELEFONO				INDIRIZZO E:MAIL				SESSO		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
TESSERA NURSIND N.		COD. FISCALE								ATTIVITÀ SVOLTA	
ADESIONE DALLE ORE 24 DEL				TERMINE DELLA COPERTURA ALLE ORE 24 DEL				30/04/2023			
STRUTTURA DI APPARTENENZA				SETTORE DI OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/> PRIVATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA							
DATI DELLA COPERTURA											
<p>CONDANNA IN SOLIDO: La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.</p> <p>Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la compagnia di Assicurazioni non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.</p> <p>CONDANNA PROVVISORIALE: La Copertura Assicurativa è estesa anche per un massimale di euro 50.000,00 ad una eventuale provvisoria liquidata in sede penale e per la quale l'Ente dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.</p> <p><i>L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda di appartenenza e/o della compagnia di Assicurazioni per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.</i></p> <p><i>Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.</i></p> <p>La copertura è prestata in regime "Claims Made", ovvero copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura. L'Assicurazione non vale per le Richieste di risarcimento relative a circostanze o situazioni già note all'Assicurato prima della data di effetto della presente polizza e che possano presumibilmente determinare richieste di risarcimento indennizzabili con la presente polizza</p> <p>Franchigia applicata: nessuna; Retroattività: 10 (dieci) dalla data di decorrenza; Massimale € 500.000,00 per assicurato, e per sinistro/anno</p> <p>PREMIO LORDO ANNUO DA VERSARE SUL c/c n. IT11 N 063 7014 0020 0001 0006 134 intestato a Segreteria Nazionale Nursind: € 40,00 per le adesioni dal 30/04 al 30/10, € 20,00 lordi per le adesioni successive al 30/10.</p> <p>In caso di cessazione dell'attività professionale, la garanzia avrà validità per i 10 anni successivi alla cessazione dell'attività per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante la validità del contratto, compresa la retroattività prevista dalla polizza</p> <p>POLIZZA COLLETTIVA L'Assicurando prende atto che NurSind – Il sindacato delle professioni infermieristiche ha stipulato la Polizza Collettiva n. AW23NUR001 a favore dei propri iscritti esercenti una professione sanitaria non medica con ed intermediata da Aon SpA.</p> <p>Con la firma del presente "Modulo di Adesione" l'Assicurato dichiara di esercitare una professione sanitaria non medica secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e conferma il carattere impegnativo della Sua adesione alla polizza n. AW23NUR001 stipulata con l'Assicuratore Allied World Assurance Company (Europe) DAC, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.</p> <p style="text-align: right;">L'Assicurato _____</p> <p>DI CHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI</p> <p>Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 163/2003 disponibile nell'area pubblica del sito internet del Sindacato NurSind all'indirizzo www.nursind.it, e presta il consenso per il trattamento all' eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicato nella predetta informativa.</p> <p style="text-align: right;">L'Assicurato _____</p>											