

La copertura "Condanna in solido" proposta da NurSind è il **naturale complemento delle coperture di colpa grave**, destinate sia a chi opera in rapporto con una Struttura Sanitaria o Sociosanitaria Pubblica che privata, che il sindacato propone incluse nella quota associativa.

La polizza è una convenzione emessa dalla compagnia ArgoGlobal in cui NurSind è parte contraente, l'adesione quindi è riservata agli iscritti in regola con il pagamento della quota associativa al momento dell'adesione.

Oggetto della garanzia:

La Società, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, **indennizza le somme che l'Assicurato sia 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 Assicurazioni e/o lo stesso assicurato siano stati condannati i ingiunti in solido tra loro** al pagamento di somme a soggetti terzi.

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 provvedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

Principali caratteristiche

- Garanzia prestata nella forma "Claims Made" (la garanzia è operativa per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta in corso di validità del contratto) con retroattività di 10 anni
- Garanzia postuma decennale automatica e gratuita
- Nessuna franchigia
- Massimale € 300.000; premio lordo annuo € 20,00

PER ADERIRE E NECESSARIO

1. **Scaricare e leggere i fascicoli informativi delle polizze dal sito www.nursind.it;**
2. **Compilare e sottoscrivere** i moduli di adesione alle Convenzioni dopo aver letto attentamente le condizioni generali di polizza
3. **TABELLA PREMI (TUTTE LE POLIZZE scadono il 30/04 successivo alla data di adesione):**

Mese di adesione	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott. / Mar.
Premio da versare €	20,00	18,50	16,60	15,00	13,50	11,60	10,00

4. **Versare l'importo relativo sul seguente conto corrente bancario:**

Intestatario: Bucchioni's Studio

IBAN: IBAN: IT 37 T 03332 10700 00000611571

Causale:

" Codice Fiscale e Cognome e Nome dell' Assicurando – Polizza Condanna in solido conv. NurSind"

5. **Inviare allo Studio Bucchioni, agente incaricato alla gestione della convenzione:**
 - **i moduli di adesione debitamente compilati e firmati** prestando attenzione al fatto che occorrono complessivamente quattro firme;
 - copia del documento attestante il versamento.

A questo fine è possibile utilizzare - la casella e-mail: adesione@bucchioniassicurazioni.it
- il numero di fax: 0187 / 575808

NOTA BENE

Per qualsiasi tipo di **informazione** sulle convenzioni assicurative sopra indicate è possibile inviare una email a info@nursind.it o a assicurazioni.personali@nursind.it

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 SIND. N.			COD. FISCALE						ATTIVITÀ SVOLTA		
ADESIONE RICHIESTA DALLE ORE 24 DEL				TERMINE DELLA COPERTURA ALLE ORE 24 DEL				30/04/			
STRUTTURA DI APPARTENENZA						SETTORE: <input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/> PRIVATO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA					
DATI DELLA COPERTURA											
<p>La Società, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, indennizza le somme che l' Assicurato sia 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 Assicurazioni e/o lo stesso assicurato siano stati condannati i ingiunti in solido tra loro al pagamento di somme a soggetti terzi. 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 provvedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido. 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 altro analogo strumento.</p>											
<p align="center">La copertura è prestata in regime di Claims Made, ovvero copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.</p>											
<p align="center">Franchigia applicata: nessuna; Retroattività: 10 (dieci) anni rispetto alla data di decorrenza; Massimale € 300.000,00 per assicurato e per sinistro e/o sinistro in serie; Premio lordo annuo pro capite € 20,00</p>											
<p align="center">In caso di cessazione dell'attività professionale, la garanzia avrà validità per i 10 anni successivi alla cessazione dell'attività professionale per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante la validità del contratto, compresa la retroattività prevista dalla polizza</p>											

POLIZZA COLLETTIVA

L'Assicurando prende atto che NurSind – Il sindacato delle professioni infermieristiche ha stipulato la Polizza Collettiva a copertura della Condanna in Solido in sede civile con l'Ente di appartenenza n° 0000070504 a favore dei propri iscritti esercenti una professione sanitaria non medica con ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. ed intermediata dall' Agenzia BUCCHIONI'S STUDIO SAS.
L'Impresa è abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00043. L'Agenzia è iscritta alla Sezione "A" del registro Unico degli Intermediari al numero 000232125

DECORRENZA ED EFFICACIA:

Per le nuove adesioni: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato sul modulo di adesione se il premio è stato pagato entro 7 giorni da tale data; diversamente decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, sempreché sia anche stato inviato il presente "Modulo di Adesione", compilato e sottoscritto. Le garanzie scadono il 30/04 dell'anno successivo a quello di adesione, gli ingressi in garanzia in corso d'anno pagheranno un premio computato in dodicesimi di anno con il minimo del 50% del premio annuo convenuto.
Rinnovanti: se il pagamento del premio è effettuato entro 30 giorni dalla scadenza della polizza, sarà garantita la continuità della copertura assicurativa. Qualora invece il pagamento del premio dovesse avvenire oltre il termine di 30 giorni, la polizza sarà efficace dalla data di pagamento.

DURATA/SCADENZA: Per ogni annualità la copertura per ogni singolo assicurato scade alle ore 24 del 30/04 .

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto da preventivamente alla sottoscrizione del presente Modulo, copia delle relative Condizioni di Assicurazione e della Nota Informativa della polizza, questi documenti sono disponibili in un' area pubblica del sito internet del Sindacato NurSind all'indirizzo www.nursind.it.

L'Assicurato _____

Con la firma del presente "Modulo di Adesione" che costituisce proposta irrevocabile di contratto ex art. 1329 c.c., 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 stipulata con l' Assicuratore, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.

L'Assicurato _____

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli della Polizza
Art. 20) Diritto di Recesso dalla copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente
Art. 23) Dichiarazioni del Contraente
Art. 28) Rinuncia alla Rivalsa

L'Assicurato _____

DI CHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 163/2003 dell'Intermediario Agente Bucchioni's Studio sas, disponibile in una 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.

L'Assicurato _____