Liberatoria per sottoscrizione polizza non adeguata DM 232 2023 - Legge 24 2017 - Legge Gelli

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dichiara di aver letto e compreso la Legge 24/2017 (Legge Gelli), **letto e compreso il D.M. 232/2023** (pubblicato in G.U. 01.03.2024 ed entrato in vigore il 16.03.2024)

Dichiara di essere stato messo a conoscenza da parte dell'Intermediario della possibilità di sottoscrivere una polizza di RCT conforme ai requisiti minimi di cui al richiamato D.M. 232/2023 con riguardo:

- all'oggetto della garanzia assicurativa (art. 3)
- ai massimali minimi per sinistro e per anno (art. 4)
- alla efficacia temporale della garanzia (retroattività e ultrattività) (art. 5)
- alla variazione in aumento e diminuzione del premio (bonus-malus) (art. 3 c. 7)
- al diritto di recesso dell'assicuratore (art. 6)
- alla responsabilità solidale (art. 3 c. 6)
- all'azione diretta e alle eccezioni opponibili (art. 8)

Dichiara di voler in ogni caso procedere alla sottoscrizione di una polizza di RCT che non soddisfa le disposizioni introdotte con il D.M. 232/2023 (pubblicato in G.U. l'01.03.2024 ed entrato in vigore il 16.03.2024) in termini di requisiti minimi delle polizze assicurative per gli Esercenti le Professioni Sanitarie.

Il Sottoscritto dichiara di essere consapevole delle disposizioni del citato D.M. 232/2023 e ciò nonostante di aver scelto di sottoscrivere una polizza non conforme alla normativa vigente.

_____ ___/___/_____ _____

Luogo e data Firma