

MODULO DI ADESIONE

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO R.C. PROFESSIONALE ODONTOIATRI - MEDICI DENTISTI - IGIENISTI DENTALI

La compilazione del presente Modulo di Adesione è riservata unicamente all'Aderente persona fisica che intende assicurarsi, nella forma "claims made", per la Responsabilità Civile Professionale degli Odontoiatri e/o Medici Dentisti ed Igienisti Dentali in conseguenza di danni causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave e R.C.O., con formula tariffaria che prevede l'attribuzione di classi di merito e regole evolutive.

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario.

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale (campo obbligatorio)
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA (tutti i campi sono obbligatori)

Ragione Sociale	+SIMPLE ITALIA AGENCY S.r.l.		
Partita IVA	03416570277		
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	Via Corsica 19/6 - 16128 - Genova (GE) - Italia		
Indirizzo E-mail	informazioni@plussimple.com		
Indirizzo PEC	plussimpleagency@pec.it		
N. Telefono - N. Fax	Telefono: (+39) 010 846 1493	Fax: (+39) 010 880 632	

ADERENTE ALLA POLIZZA COLLETTIVA (tutti i campi sono obbligatori)

Cognome e Nome			
Codice Fiscale			
Data e Luogo di Nascita	Data: / /	Età al momento della compilazione del Modulo di Adesione: _____	
	Luogo:		
Residenza	Indirizzo:	N. Civico:	
	C.A.P.:	Comune:	Provincia: Stato:
Indirizzo E-mail personale ¹ - PEC	*	E-mail pers.:	PEC:
<small>1: Utilizzato per accedere all'Area Riservata</small>			
N. Telefono - N. Fax - N. Cellulare	N. Tel:	N. Fax:	N. Cell:
Iscritto all'Ordine della provincia di ... / N° Iscrizione	Ordine della provincia di / N°		
Data iscrizione all'Ordine	Data: / /	Età al momento dell'iscrizione all'Ordine: _____	
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	Data: / /		
Data di decorrenza richiesta	Data: / /	(Ore 00:01 - 24:00 in base alla Polizza Collettiva di riferimento)	

L'Aderente è un Neolaureato ai sensi delle definizioni contenute nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione?

SI NO

Ai sensi dell'Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione i neolaureati godono di una tariffa agevolata, ma limitatamente all'opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.

ATTENZIONE: Selezionando "SI" l'Aderente dichiara tutti i punti seguenti: 1) ha meno di anni 34 (trentaquattro), 2) è iscritto all'Ordine Professionale prima del compimento di anni 30 (trenta) e 3) è iscritto all'Ordine Professionale da meno di anni 4 (quattro).

ATTENZIONE: Per richiedere la copertura "Neolaureato" selezionare l'omonimo campo nella tabella denominata "ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA" alla sezione "ODONTOIATRA/MEDICO DENTISTA".

Attività professionale esercitata dell'Aderente:

ODONTOIATRA / MEDICO DENTISTA IGIENISTA DENTALE

A) L'Aderente è componente di uno Studio Associato?

SI NO

Ai sensi dell'Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione le garanzie R.C.T. e R.C.O. sono subordinate alla condizione essenziale che tutti gli altri associati allo studio siano assicurati con la Polizza Collettiva per cui si richiede copertura con il presente Modulo di Adesione. In caso contrario l'Assicurato disporrà solo della garanzia di Responsabilità Professionale. Si segnala pertanto che dovrà essere compilato il Modulo di Adesione per tutti i componenti dello Studio Associato.

A.1) Se la risposta è NO, si richiede di indicare il proprio numero di dipendenti ove presenti. N° dipendenti: _____

Una volta indicato il numero di dipendenti, non rispondere alle sezioni A.2, A.3 e A.4 e continuare la compilazione del presente Modulo di Adesione a partire dalla sezione B.

A.2) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale dello Studio Associato	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____
Nr. degli Associati componenti lo Studio	
Nr. degli Associati componenti lo Studio già assicurati con la Polizza Collettiva per cui si sta aderendo	
Nr. Dipendenti dello Studio	

A.3) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, lo Studio Associato sopraindicato:

1) non è a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

CONFERMO NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

2) non è a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

CONFERMO NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

A.4) Indicare se il premio da corrispondere verrà pagato dallo Studio Associato in favore dell'Aderente

SI NO

B) L'Aderente è socio di Strutture Private o studi medici (poliambulatori, dentistici, etc.)? ^{1,2}

SI NO

1) Si ricorda che la presente copertura assicurativa si rivolge all'Aderente persona fisica e non alle Società; 2) Se la risposta è NO non rispondere alle sezioni B.1, B.2 e B.3

B.1) Se la risposta è SI, si richiede di indicare quanto segue (tutti i campi sono obbligatori):

Ragione Sociale della Struttura	
Partita IVA / Codice Fiscale	
Sede Legale (Indirizzo - C.A.P. - Località - Provincia - Stato)	
Indirizzo E-mail - Indirizzo PEC	E-mail: _____ PEC: _____
N. Telefono - N. Fax	Telefono: _____ Fax: _____

B.2) Al fine di poter proseguire la compilazione, l'Aderente dichiara e può comprovare che, alla data odierna, la/e Struttura/e sopraindicate:

1) non è/sono a conoscenza di alcuna Richiesta di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

CONFERMO NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

2) non è/sono a conoscenza di alcun fatto e/o situazione e/o circostanza e/o comunicazione tale da poter determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale svolta dall'Aderente stesso:

CONFERMO NON CONFERMO

ATTENZIONE: Selezionando "NON CONFERMO" l'Aderente si obbliga a fornire completa descrizione dei fatti alla relativa sezione del presente Modulo di Adesione

B.3) Indicare se il premio da corrispondere verrà pagato dalla Società in favore dell'Aderente

SI NO

ODONTOIATRA/MEDICO DENTISTA

PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

Senza continuità e senza postuma

Non ero assicurato

COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? SI NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: _____

Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____

Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____

Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE:

Ai sensi dell'Art.32 delle Condizioni di Assicurazione, i crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? SI NO

(1): Il mancato conseguimento dei crediti formativi comporterà un aggravamento di premio consistente nell'applicazione di 1 "Pejus", pari ad una classe di merito.

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

€1.000.000,00

€2.000.000,00

€3.000.000,00

€5.000.000,00 (per l'opzione Massimale e Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI

ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio"

Copertura di "Secondo Rischio"

4. ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA:

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specializzazioni Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

SENZA IMPLANTOLOGIA

CON IMPLANTOLOGIA "A" - Tecniche finalizzate alla Osteo-integrazione

CON IMPLANTOLOGIA "B" - Altre metodiche (impianti sub-periosteali e iuxtaossei)

NEOLAUREATO (I neolaureati usufruiscono di tariffa agevolata, ma limitatamente all'opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione è riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico entro l'età anagrafica di anni trenta, e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età)

4.1 ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – ULTERIORI INFORMAZIONI:

1. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specializzazioni Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

- i) _____
ii) _____
iii) _____

5. COPERTURA "DIRETTORE SANITARIO":

a) L'Aderente ricopre attualmente la qualifica di Direttore Sanitario? SI NO

b) In caso di risposta affermativa, ne richiede copertura? SI NO

(1): La copertura di Direttore Sanitario è inclusa nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula.

In caso di risposta affermativa al punto b), indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

In caso di risposta affermativa al punto b), precisare ulteriormente se è richiesta:

c) Copertura "Direttore Sanitario" in R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza SI NO

In caso di risposta affermativa al punto c), indicare:

Nome Struttura: _____, Località: _____

6. COPERTURA "TRATTAMENTI ESTETICI":

L'Aderente richiede la Copertura "Trattamenti Estetici"? SI NO

Si precisa che la garanzia dei "Trattamenti Estetici" ai sensi dell'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione è compresa esclusivamente per i soggetti che praticano l'implantologia (sia osteointegrata, sia altre metodiche), limitatamente agli assegnatari delle classi di merito UNO, UNO A e UNO B. Per gli assegnatari di tutte le altre classi di rischio tale inclusione implica la corresponsione di una maggiorazione del premio imponibile pari al 40%. L'estensione non è concedibile ai Neolaureati.

IGIENISTA DENTALE

PRECEDENTI COPERTURE:

L'Aderente richiede copertura (selezionare l'opzione pertinente):

In continuità con precedente copertura

Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza: _____

Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma

Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma: _____

Senza continuità e senza postuma

Non ero assicurato

COPERTURE CORRENTI:

L'Aderente è attualmente assicurato per gli stessi rischi di cui si chiede copertura per il tramite del presente Modulo di Adesione con una Compagnia che non appartiene al Gruppo Berkshire Hathaway? SI NO

L'Aderente è attualmente assicurato, a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, con una Compagnia del Gruppo Berkshire Hathaway? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Numero di Polizza Collettiva: _____ Numero di Certificato di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____ Data di Scadenza del Certificato di Assicurazione: ____/____/____

L'Aderente è attualmente beneficiario di altre coperture assicurative R.C.T./O., a qualsiasi titolo e/o per qualsiasi specializzazione medica, contratte da Strutture Sanitarie Private e/o Enti Pubblici presso i quali svolge la propria attività professionale? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare:

Ragione Sociale della Struttura: _____ Compagnia di Assicurazione: _____

Data di Decorrenza della copertura: ____/____/____ Data di Scadenza della copertura: ____/____/____

CREDITI FORMATIVI NEL TRIENNIO FORMATIVO PRECEDENTE:

Ai sensi dell'Art.32 delle Condizioni di Assicurazione, i crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative?
 SI NO

(1): Il mancato conseguimento dei crediti formativi comporterà un aggravamento di premio consistente nell'applicazione di 1 "Pejus", pari ad una classe di merito.

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

1. MASSIMALE:

€ 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € 3.000.000,00 € 5.000.000,00 (per l'opzione Massimale Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia)

2. RETROATTIVITÀ:

10 ANNI ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di un sovra-prezzo)

3. PRIMO / SECONDO RISCHIO:

Copertura di "Primo Rischio" Copertura di "Secondo Rischio"

4. ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA:

Le attività professionali esercitate devono essere individuate all'interno delle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate ed alle quali l'Aderente deve fare stretto riferimento. L'Aderente ha facoltà di richiedere copertura esclusivamente sulla base delle attività professionali effettivamente esercitate al momento della compilazione del presente Modulo di Adesione.

ATTENZIONE: Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", la garanzia assicurativa opera esclusivamente per le attività professionali selezionate tra le Specializzazioni Mediche Assicurabili con riferimento a Richieste di Risarcimento pervenute alla Compagnia per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se relative a fatti antecedenti alla data di effetto della Polizza stessa purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività.

ATTENZIONE: Ogni eventuale integrazione manuale da parte dell'Aderente alle Specializzazioni Mediche Assicurabili sotto riportate si riterrà pertanto priva di ogni effetto. In caso di difficoltà ad inquadrare l'attività professionale esercitata, e per ogni ulteriore chiarimento in merito alla copertura che si vuole stipulare, si prega di rivolgersi all'Agenzia.

IGIENISTA DENTALE

4.1 ATTIVITÀ PROFESSIONALE ESERCITATA – ULTERIORI INFORMAZIONI:

2. L'Aderente è in possesso di abilitazioni e/o specializzazioni per attività professionali diverse dalle Specializzazioni Mediche Assicurabili selezionate e per le quali in questa sede non si richiede copertura? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

i) _____

ii) _____

iii) _____

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

INFORMAZIONI (ODONTOIATRA / MEDICO DENTISTA - IGIENISTA DENTALE):

PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

NO SI N. Sinistri (*) _____

Fornire le seguenti informazioni:

I. Data scoperta

_____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata

_____ Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata

Breve descrizione del danno

II. Data scoperta

_____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata

_____ Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata

Breve descrizione del danno

III. Data scoperta

_____ Controparte _____

Eventuale somma liquidata

_____ Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata

Breve descrizione del danno

PRESENZA DI FATTI NOTI O CIRCOSTANZE ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI FA RICHIESTA (ai sensi della relativa definizione contenuta nel Glossario delle Condizioni di Assicurazione, ed ai sensi delle dichiarazioni fornite nelle precedenti sezioni A e B del presente **Modulo di Adesione**):

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	N. Fatti Noti o Circostanze _____
Fornire le seguenti informazioni:			
<i>i.</i> Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			

<i>ii.</i> Data comunicazione formale del reclamante _____			Controparte _____
Eventuale somma reclamata _____			Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore) _____
Breve descrizione del danno _____			

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai Fatti Noti e Circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del **Set Informativo "Mod. 145 23 Set Informativo RCG ODONTOFLEX - Ed. 31.05.2023"** prima della sottoscrizione del presente **Modulo di Adesione**;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel **Mod. 445 23 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 31.05.2023** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e nella **Polizza Collettiva N° 2023RCG00298-1212761** e tutti i relativi **Allegati ed Atti di Variazione** indicati nel **Punto 12 della Scheda di Polizza**;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made" ai sensi dell'Art. 19) **INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA "CLAIMS MADE"** delle Condizioni di Assicurazione "**Mod. 445 23 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 31.05.2023**";
- (D) Esclusione di **Fatti e Circostanze** pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione ai sensi dell'Art. 18) **ESCLUSIONI, par. a)** delle Condizioni di Assicurazione "**Mod. 445 23 Condizioni di Assicurazione RCG ODONTOFLEX PLUS - Ed. 31.05.2023**".

Data

FIRMA DELL'ADERENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (Cognome e Nome)
Codice Fiscale

conferma di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'**Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA DELL'ADERENTE