

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ provincia _____ nazione _____ il _____ codice fiscale _____

RECAPITI

cellulare _____ telefono _____ fax _____

e-mail _____ e-mail pec _____

STUDI PROFESSIONALI ASSICURABILI

1 indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ LOCAZIONE

2 indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ LOCAZIONE

3 indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ LOCAZIONE

4 indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ LOCAZIONE

Se preferisce essere **CONTATTATO PRESSO IL SUO INDIRIZZO PRIVATO** ci fornisca i relativi dati:

indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____

città _____ provincia _____ telefono _____ fax _____

CODICE REGIONALE N. _____ **ASL/AUSL DI APPARTENENZA** **TITOLARE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DALL'ANNO** _____

Il sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 46, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara di essere medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale per l'attività di:

Codice di rischio 30120

pediatra di libera scelta pediatra di libera scelta con incarico temporaneo (per tale categoria non è obbligatorio il codice regionale)

Dopo aver compilato il preventivo relativo alla propria attività, è necessario sommare gli importi indicati accanto alle caselle selezionate, sia del pacchetto base sia delle eventuali integrazioni, e riportare la somma ottenuta accanto alla voce "premio lordo" che segue.

Il **premio lordo** relativo alle garanzie scelte ammonta a euro _____

Il sottoscritto richiede l'emissione del contratto assicurativo così come preventivo compilato, che sottoscrive e invia in allegato per accettazione.

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto all'albo **FNOM.CeO.** (Ordine provinciale) Provincia _____ cod. iscrizione _____

Il sottoscritto dichiara altresì che in virtù della sottoscrizione del presente contratto assume la qualifica di "Amico di ScudoMedico"

Accetta la sottoscrizione del presente contratto mediante vendita a distanza SI NO

Effetto della copertura

La copertura assicurativa avrà durata annuale, senza tacito rinnovo, e avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento del pagamento sbf a Prassi Broker s.r.l. nonché di tutta la documentazione precontrattuale firmata e compilata in ogni sua parte. Nel caso di pagamento di minor premio rispetto a quello dovuto l'assicurazione si intenderà sospesa fino all'avvenuta integrazione. In caso di sinistri occorsi o in corso negli ultimi 5 anni, la copertura assicurativa avrà effetto solo a seguito di eventuale accettazione della proposta di adesione da parte della Società, che verrà comunicata dal broker incaricato entro 20 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione precontrattuale e della relazione sul/i sinistro/i. Per i medici già precedentemente assicurati con la presente polizza, con sinistri denunciati negli ultimi 5 anni, il rinnovo avverrà alle normali condizioni di polizza in base a quanto stabilito dal normativo, sempre che non siano sopraggiunte modifiche allo stato del/i sinistro/i stesso/i in base a quanto stabilito dal normativo. Esclusivamente nel caso in cui siano stati denunciati nuovi sinistri nell'annualità in corso o siano sopraggiunte modifiche a quelli precedentemente denunciati, il rinnovo dovrà comunque essere sottoposto all'accettazione da parte della Società, secondo le modalità all'uopo previste per i medici con sinistri denunciati negli ultimi 5 anni e dopo che la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione relativa al/i sinistro/i occorso/i.

Notizie relative ai sinistri

Il sottoscritto dichiara di aver avuto sinistri negli ultimi 5 anni. Se sì, indicare:

Tipo di sinistro	Compagnia	Liquidato/riservato
RCP		€
Tutela legale		€

In caso di compilazione della tabella soprastante allegare una breve relazione sul sinistro, specificando lo stato. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, in caso di dichiarazione circa l'esistenza di sinistri negli ultimi cinque anni, la copertura assicurativa avrà effetto solo a seguito di eventuale accettazione della proposta di adesione da parte della Società, che gli verrà comunicata dal broker Prassi Broker s.r.l. entro 20 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione precontrattuale e della relazione sul/i sinistro/i.

Per informazioni ci contatti ai seguenti numeri

Consulenza Assicurativa: **Dott.ssa Gobbi Donatella 346 3327075 / 0744 082967** e-mail: donatella.gobbi@prassibroker.it Iscritta RUI sezione E n. E000218602 dal 26/10/2007

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____

Firma _____

SEZIONE R. C. PROFESSIONALE DEL MEDICO

Massimali unici	€ 516.000,00	€ 1.034.000,00	€ 1.550.000,00	€ 2.600.000,00	€ 3.500.000	€ 5.000.000
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 166,00	<input type="checkbox"/> Euro 215,00	<input type="checkbox"/> Euro 249,00	<input type="checkbox"/> Euro 299,00	<input type="checkbox"/> Euro 345,00	<input type="checkbox"/> Euro 390,00

Sono compresi in garanzia, senza nessun aggravio di premio, i sinistri verificatisi per lo svolgimento di attività libero professionali qualora queste non superino il 20% dell'ammontare annuo delle retribuzioni percepite dal committente (ASL).

SEZIONE TUTELA LEGALE

Massimali unici	Euro 7.700,00	Euro 13.000,00	Euro 25.500,00	Euro 51.500,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 52,00	<input type="checkbox"/> Euro 78,00	<input type="checkbox"/> Euro 104,00	<input type="checkbox"/> Euro 160,00

SEZIONE INCENDIO dello Studio (locali di proprietà)

Massimali primo fuoco	Euro 100.000,00	Euro 150.000,00	Euro 200.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 32,00	<input type="checkbox"/> Euro 48,00	<input type="checkbox"/> Euro 64,00

INCENDIO dello Studio (locali in locazione)

Massimali primo fuoco	Euro 100.000,00	Euro 150.000,00	Euro 200.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 16,00	<input type="checkbox"/> Euro 24,00	<input type="checkbox"/> Euro 32,00

INCENDIO del Contenuto dello Studio

Massimali primo fuoco	Euro 15.000,00	Euro 25.000,00	Euro 35.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 24,00	<input type="checkbox"/> Euro 40,00	<input type="checkbox"/> Euro 56,00

SEZIONE RICORSO TERZI

Massimali primo fuoco	Euro 100.000,00	Euro 150.000,00	Euro 200.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 16,00	<input type="checkbox"/> Euro 24,00	<input type="checkbox"/> Euro 32,00

SEZIONE FURTO - La garanzia deve essere scelta necessariamente insieme alla partita Incendio dello studio e del contenuto

Zona di rischio	Massimale assicurato Euro 5.000,00	Massimale assicurato Euro 10.000,00
1 ^a Zona	<input type="checkbox"/> Euro 180,00	<input type="checkbox"/> Euro 360,00
2 ^a Zona	<input type="checkbox"/> Euro 124,00	<input type="checkbox"/> Euro 248,00
3 ^a Zona	<input type="checkbox"/> Euro 87,00	<input type="checkbox"/> Euro 174,00

1^a Zona: Bari, Brindisi, Caserta, Foggia, Napoli, Palermo, Roma, Salerno, Taranto, Catania. 2^a Zona: Agrigento, Avellino, Catanzaro, Chieti, Crotona, Lecce, Lodi, Messina, Milano, Padova, Ragusa, Reggio Calabria, Torino, Venezia, Vibo Valentia, Verona. 3^a Zona: Tutte le altre.

SEZIONE MACCHINE ELETTRONICHE - La garanzia deve essere scelta necessariamente insieme alla partita Incendio del contenuto dello studio

Massimali primo fuoco	Euro 1.000,00	Euro 2.500,00	Euro 5.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> Euro 20,00	<input type="checkbox"/> Euro 50,00	<input type="checkbox"/> Euro 100,00

GARANZIE AGGIUNTIVE

		Premio
Cp. 3 Pregressa illimitata	25% del premio RC Professionale	<input type="checkbox"/>
Cp. 12 Danni a cose utilizzate dall'assicurato	Euro 155,00	<input type="checkbox"/>
Cp. 13 Attività medico legale, medico competente per perizie e consulenze, certificazioni	Euro 258,00	<input type="checkbox"/>
Cp. 21 Attività libero professionale (escluse attività ginecologica, chirurgica, di anestesia, odontoiatrica implantologia) con fatturato superiore al 20% delle competenze ASL	Raddoppio premio RC Professionale	<input type="checkbox"/>
Cp. 26 Codici bianchi alla dimissione	+25% del premio RC	<input type="checkbox"/>
Cp. 51 Multistudi proprietà e locazione	+20% del premio incendio locali di proprietà +100% del premio furto	<input type="checkbox"/>
Cp. 52 Multistudi locazione	+20% del premio incendio locali in locazione +100% del premio furto	<input type="checkbox"/>

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____

Firma _____

