

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) - ITALIA - Corso Libert , 53
Telefono +39 059 7479111 - Telefax +39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) - Capitale Sociale  8.840.000,00 i.v. - Riserva Sovrapprezzo azioni  6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 - Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Societ  soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA - C. Fiscale e P. IVA 02983670361 - Capitale Sociale  121.814.366,00 i.v. - riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

Medico

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilit  civile professionale

Da inviare via fax: Odontomar 0362 352766, compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto gi  verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia gi  avuto percezione, notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilit  professionale, dichiarando altres  che i dati forniti rispondono a verit  e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di
	Dal

ATTIVITA' SVOLTA

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attivit� di (Crocettare)	Dipendente	Parasubordinato	Libero professionista
	Intramenia - Attivit� di intramemia con copertura assicurativa dell'ASL o dell'Ente ospedaliero		
In una struttura (Crocettare)	Pubblica	Accreditata	Privata

Con la seguente specializzazione	Con la richiesta dei seguenti Massimali in � (Crocettare)					
	500.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
Medico Generico - di Base					NON PRESTABILE	
Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici Ginecologia					NON PRESTABILE	
Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi					NON PRESTABILE	
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico che pratica la chirurgia					NON PRESTABILE	
Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE					
Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE					
Ginecologo - Ostetrico con o senza assistenza al parto					NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA	VARIAZIONI DI PREMIO	Crocettare
Limitazione FORMULA YOUNG - concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non pi� di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza	Premio annuo lordo di polizza Euro 250 Massimale prestatato di Euro 2.000.000	X
Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA	Aumento del 25% del premio di tariffa	
Estensione Attivit� di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	Aumento del 20% del premio di tariffa in caso di Dipendente - aumento del 100% del premio di tariffa in caso di Libero Professionista	
Clausola di INDICIZZAZIONE		

SINISTRI

Sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilit  professionale? (SI/NO)

Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?

Se SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?

Se SI, indichi il massimale

e la scadenza della polizza

Data

firma dell'Assicurando



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni €6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale €121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

ASSEGNI BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500 E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE

INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO/FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE

