



L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Anno Floriano, 5 - 05100 Terni
tel. 06 44292537/06 44292547 (orari 9.00/13.00-14.00/18.00)
sito www.prassibroker.it email rcpscudomedico@prassibroker.it



LA POLIZZA RCP PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ASSOCIATI A SCUDOMEDICO E ISCRITTI AD ALTRE
ORGANIZZAZIONI SINDACALI O SOCIETA' SCIENTIFICHE

Modulo di proposta di adesione

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
nato a _____ provincia _____ nazione _____ il _____

RECAPITI

cellulare _____ telefono _____ fax _____
e-mail _____ e-mail pec _____

STUDI PROFESSIONALI ASSICURABILI

- | | |
|----------|--|
| 1 | indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ <input type="checkbox"/> LOCAZIONE <input type="checkbox"/> |
| 2 | indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ <input type="checkbox"/> LOCAZIONE <input type="checkbox"/> |
| 3 | indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ <input type="checkbox"/> LOCAZIONE <input type="checkbox"/> |
| 4 | indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____
Città _____ Provincia _____ PROPRIETÀ <input type="checkbox"/> LOCAZIONE <input type="checkbox"/> |

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 _____

Polizza Rischio Professionale Convenzione ScudoMedico - Prassi Broker - UipolSai (Mod. 4344)

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 30122 - 30124

medici INPS

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 dichiara di essere iscritto all'albo FNOM.CeO. (Ordine dei Medici) SI NO

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto ad altre organizzazioni sindacali o società scientifiche SI NO Se sì quale _____

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

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

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.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____



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.

Cessazione della garanzia

La copertura assicurativa cessa immediatamente in caso di cancellazione del professionista da ScudoMedico, con effetto dalla data della prima scadenza annuale.

L'assicurato dichiara

- di accettare espressamente l'invio di comunicazioni di servizio tramite fax e, o email ai riferimenti indicati nel frontespizio del modulo di adesione, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, salva la possibilità di revocare successivamente tali consensi;
- di aver acquisito ed esaminato prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione il "Fascicolo Informativo" che comprende: Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa privacy (articolo 13 del decreto legislativo 196 del 2003) e successive modifiche e dell'art. 13 GDPR 679/2016 - "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", ciò in ottemperanza al regolamento Ivass numero 35 del 26 maggio 2010;
- di aver acquisito e di accettare tutte le "Condizioni di Assicurazione" di cui al "Fascicolo Informativo" il cui testo integrale è disponibile sul sito internet www.prassibroker.it

Condizioni espressamente accettate

Agli effetti e ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli il cui testo è inserito nella polizza:

Condizioni generali di assicurazione

1. Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio
2. Modifiche dell'assicurazione

Cosa fare in caso di sinistro

1. Norme dei settori incendio, furto rapina, macchine elettroniche
 - 1.1 Obblighi in caso di sinistro
 - 1.2 Inadempimento dell'obbligo di salvataggio e avviso
 - 1.3 Esagerazione dolosa del danno
 - 1.4 Recupero delle cose rubate o rapinate
2. Norme del settore Responsabilità civile
 - 2.1 Obblighi in caso di sinistro
 - 2.2 Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza
3. Norme del settore tutela legale
 - 3.1 Denuncia del sinistro
 - 3.2 Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa
 - 3.4 Gestione del sinistro
 - 3.5 Coesistenza con assicurazione di responsabilità civile

Settore Rc

- Art. 1.2 - Rischi esclusi
- Art. 1.10 - validità dell'assicurazione
- Art. 1.11 - franchigia - scoperto
- Art. 1.13 - esclusioni della tacita proroga

Settore tutela legale

- Art. 2.2 - Esclusioni
- Art. 2.5 - estensione territoriale

Settore incendio

- Art. 1.2 - Rischi esclusi

Settore furto e rapina

- Art. 1.2 - Rischi esclusi
- Art. 1.4 - concomitanza di scoperti e franchigie

Settore macchine elettroniche

- Art. 1.2 - Rischi esclusi
- Art. 1.3 - franchigia
- Art. 1.4 - sistemi di protezione

Scelta delle modalità di invio e recapito del contratto e di tutte le successive comunicazioni

Il sottoscritto intende ricevere la documentazione contrattuale e le eventuali comunicazioni con le modalità qui di seguito indicate:

in forma elettronica al seguente indirizzo email _____

in forma cartacea e per posta all'indirizzo _____

è facoltà del contraente modificare in qualsiasi momento le modalità di invio e/o ricezione dei documenti comunicando le nuove modalità al numero 06 44 29 25 37 / 06 44 29 25 47 o scrivendo a rcpscudomedico@prassibroker.it

Trasmissione della documentazione

L'assicurato dovrà inviare a Prassi Broker s.r.l., la seguente documentazione compilata e sottoscritta:

- il presente modulo di adesione alla polizza
- il questionario di adeguatezza
- copia della ricevuta del bonifico bancario alle seguenti coordinate:
codice IBAN:
Unipol Banca SpA - IT 95 B031 2714 4000 0000 0003 669
causale:
Cognome e nome del medico assicurato, RCP ScudoMedico, IBAN
ordinante
intestato a:
Prassi Broker s.r.l. (intermediario assicurativo iscritto RUI n.
B000391094)

Documentazione da presentare se non presentata precedentemente o in assenza di variazioni contrattuali:

- l'autorizzazione privacy Prassi Broker s.r.l.
- il mandato broker
- il modulo 7a
- il modulo 7b
- l'autorizzazione privacy UnipolSai dati sensibili

In mancanza totale o parziale dei suddetti documenti la copertura non avrà effetto.

L'assicurato potrà inviare tutta la documentazione:

- via fax al numero 06.44.23.38.95
- via email a rcpscudomedico@prassibroker.it
- via posta ordinaria a Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni

ScudoMedico informa che, in qualità di associazione stipulante convenzioni in materia assicurativa in favore dei propri iscritti, trasmetterà la allegata richiesta di emissione di contratto assicurativo al proprio broker esclusivo Prassi Broker s.r.l (Rui numero B000391094) per i relativi adempimenti di gestione.

Responsabile attività vendita a distanza

Il signor Daniele Pericoli, di Prassi Broker s.r.l., è responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione a distanza e potrà essere contattato all'indirizzo email info@prassibroker.it

Il presente modulo è compilato previa consegna dei modelli 7a e 7b previsti dal regolamento Ivass numero 5 del 2006.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____



Preventivo per INPS

Codice di rischio: 30122 e 30124

Nello schema che segue sono descritte le garanzie prestate, i massimali e i premi annui compresi imposte. Per conoscere il premio totale, va scelta a combinazione desiderata e al premio che vi corrisponde va aggiunto il premio delle eventuali integrazioni di garanzia.

Pacchetti acquistabili - garanzie e somme assicurate e premi comprese imposte

Nel premio di Responsabilità civile professionale è compresa la pregressa di dieci anni e nel premio di tutela legale è compresa la copertura sia in ambito professionale che giuslavoristico

Pacchetto A1 cod 30122-30124

Garanzie prestate	Massimale / premio annuo (comprese imposte) per garanzia					
Reso. Civile Professionale	500.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	2.500.000,00	3.500.000,00	5.000.000,00
	166,00	214,50	248,50	296,00	341,00	384,50
Tutela legale*	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00
	83,50	83,50	83,50	83,50	83,50	83,50
Premio euro (comprese imposte)	□ 250,00	□ 298,00	□ 332,00	□ 380,00	□ 425,00	□ 468,00

* In ambito professionale e giuslavoristico

valori in euro

Condizioni particolari	premio finito (comprese imposte)	premio comprese imposte
Cp 3. Pregressa illimitata	+25% del premio RC	□ _____
Cp 12. Danni alle cose utilizzate dall'assicurato	150,00 euro	□ _____
Cp 13. Attività medico legale e/o medico competente e/o medico fiscale - perizie consulenze e certificazioni (garanzie perdite patrimoniali)	258,00 euro	□ _____
Estensione tutela legale a euro 27.500,00	66,00 euro	□ _____
Cp 54. Tutela legale vita privata formula BASIC	70,00 euro	□ _____
Cp 56. Tutela legale vita privata formula SUPER	100,00 euro	□ _____

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____

