



L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Annio 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 RC E INFORTUNI
PER IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA
IN MEDICINA GENERALE

Modulo di proposta di adesione

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Nato a _____ Provincia _____ Nazione _____ il _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

indirizzo _____ n° _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____

RECAPITI

cellulare _____ telefono _____ fax _____

e-mail _____ e-mail pec _____

Richiesta di adesione per frequentanti corso di formazione specifica in Medicina Generale

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 iscritto al corso:

Formazione specifica M.G. Regione: _____

Formazione specifica M.G. Triennio: _____ / _____ Anno di corso: 1° 2° 3°

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, con 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 si, 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.

Durata della polizza

Data inizio corso _____ Data conclusione _____

Data richiesta adesione: _____ Data di effetto _____

Luogo _____ Data _____

Firma _____



Cessazione della garanzia

La copertura assicurativa cessa immediatamente in caso di cancellazione 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
- di aver visionato gli allegati 3 e 4, posti all'indirizzo <https://www.prassibroker.it/index.php/documenti/> del sito Prassi Broker, in ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018

Condizioni espressamente accettate per la parte RC

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:

C - Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Sinistri
Reclami
Rimborso del premio per Maternità o Servizio Militare

Condizioni di assicurazione

Convenzione e clausola broker
Soggetti assicurabili
Modalità di adesione e pagamento del premio
Norme che regolano l'assicurazione in generale
Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile
Norme di legge richiamate in polizza

Condizioni espressamente accettate per la parte InfoINFORTUNI

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:

C - Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo
Reclami
Arbitrato irrituale
Rimborso del premio per Maternità o Servizio Militare

Condizioni di assicurazione

Convenzione e clausola broker
Soggetti assicurabili
Come aderire e modalità di pagamento
Norme che regolano l'assicurazione in generale
Cosa fare in caso di sinistro
Norme che regolano le sezioni
Norme di legge richiamate in polizza

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 una email 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
- 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 visione degli allegati 3 e 4 e di tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti. In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018

Luogo _____ Data _____

Firma _____



Polizza RC e Infortuni per il corso di formazione specifica in Medicina Generale

Per aderire alla polizza, è necessario scegliere le garanzie richieste indicando il massimale desiderato e il corrispondente premio in euro. I massimali delle garanzie richieste **dovranno essere uguali o superiori** a quelli indicati dalla propria regione di appartenenza.

Il premio della polizza sarà calcolato sulla base delle garanzie prescelte e potrà essere composto secondo le seguenti alternative:

- Premio per la sola Responsabilità Civile;
- Premio per la Responsabilità Civile e per gli Infortuni;
- Premio per la sola garanzia Infortuni.

Sezione Responsabilità Civile

Si vuole acquistare questa garanzia? SI NO

Responsabilità Civile / Massimali e premio annuo							
Massimale	750.000	775.000	800.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	2.500.000
Premio	64,00	69,00	74,00	79,00	94,00	110,00	130,00
Indicare qui il massimale scelto _____				Indicare qui il premio corrispondente _____			

premi e massimali espressi in euro

Sezione Infortuni

Si vuole acquistare questa garanzia? SI NO

ATTENZIONE: Qualora si desideri sottoscrivere tale sezione, è obbligatorio inserire le garanzie "Infortuni caso morte" e "Invalidità Permanente da infortunio", a cui si può aggiungere facoltativamente le garanzie "Malattie professionali, HIV ed epatite" e "Diaria da ricovero"

Infortuni Caso Morte / Massimali e premio annuo								
Massimale	50.000	80.000	104.000	160.000	180.000	207.000	310.000	400.000
Premio	7,00	8,00	11,00	16,00	18,00	20,00	31,00	42,00
Indicare qui il massimale scelto _____				Indicare qui il premio corrispondente _____				

premi e massimali espressi in euro

Beneficiario caso morte		
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____

Invalidità permanente da Infortunio / Massimali e premio annuo								
Massimale	50.000	104.000	160.000	210.000	300.000	310.000	400.000	600.000
Premio	6,00	15,00	24,00	27,00	42,00	47,00	66,00	84,00
Indicare qui il massimale scelto _____				Indicare qui il premio corrispondente _____				

premi e massimali espressi in euro

Malattie professionali, HIV ed Epatite / Massimali e premio annuo							
Massimale	50.000	104.000	160.000	210.000	300.000	400.000	600.000
Premio	9,00	18,00	26,00	40,00	57,00	76,00	114,00
Indicare qui il massimale scelto _____				Indicare qui il premio corrispondente _____			

premi e massimali espressi in euro

Diaria da Ricovero / Massimali e premio annuo			
Massimale	50,00	Premio	7,00
Si vuole acquistare la garanzia? _____		Indicare qui il premio corrispondente _____	

premi e massimali espressi in euro

Premio Totale di Polizza	
Indicare qui il premio annuo* _____	

* Il premio totale è dato dalla somma dei premi corrispondenti a seconda delle garanzie e dei massimali prescelti

Luogo _____ Data _____

Firma _____

