



# 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](http://www.prassibroker.it) email [rcpscudomedico@prassibroker.it](mailto: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**

Edizione del 25/07/2019

## DATI PERSONALI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## RECAPITI

Cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ e-mail pec \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

## Richiesta di adesione solo per tirocinanti e medici formati (Convenzione ScudoMedico)

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 per l'attività di:

## Codice di rischio 30122

- medico che sta frequentando il corso triennale di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e s. m. ed i., che può effettuare sostituzioni sia per l'assistenza primaria, sia per la continuità assistenziale o per la pediatria di libera scelta.
- medico provvisto di diploma di formazione specifica in medicina generale che può effettuare sostituzioni sia per l'assistenza primaria, sia per la continuità assistenziale o per la pediatria di libera scelta.

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 si 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, 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.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## 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](http://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

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

## Condizioni espressamente accettate per la parte infortuni

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 a [rcpscudomedico@prassibroker.it](mailto: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](mailto: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](mailto: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 \_\_\_\_\_



# Preventivo solo per tirocinanti e medici formati o dotati di titolo equipollenti

Codice di rischio: 30122

Garanzie, somme assicurate e premi comprese imposte

## Sezione Responsabilità Civile

Si vuole acquistare questa garanzia ?    SI                       NO  

Garanzie prestate	Massimale/premio annuo (comprese imposte) per garanzia					
Resp. 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
	118,00	151,50	175,50	209,00	240,00	271,00
Tutela legale	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
	71,50	71,50	71,50	71,50	71,50	71,50
<b>Premio euro (comprese imposte)</b>	<input type="checkbox"/> <b>189,50</b>	<input type="checkbox"/> <b>223,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>247,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>280,50</b>	<input type="checkbox"/> <b>311,50</b>	<input type="checkbox"/> <b>342,50</b>

valori in euro

Condizioni particolari	premio finito	premio comprese imposte
Cp 3. Progredita illimitata	+25% del premio RC	<input type="checkbox"/> _____
Cp 13. Attività medico legale e/o medico competente e/o medico fiscale - perizie consulenze e certificazioni (garanzie perdite patrimoniali)	258,00 euro	<input type="checkbox"/> _____
Cp 54. Tutela legale vita privata formula BASIC	70,00 euro	<input type="checkbox"/> _____
Cp 56. Tutela legale vita privata formula SUPER	100,00 euro	<input type="checkbox"/> _____
Cp 58. Art. 2 Atti invasivi diagnostici e terapeutici svolti durante l'attività dichiarata in polizza	+50% del premio (RC+tutela legale)	<input type="checkbox"/> _____
Estensione tutela legale a euro 20.000,00	44,00 euro	<input type="checkbox"/> _____
Estensione tutela legale a euro 25.000,00	66,00 euro	<input type="checkbox"/> _____

Condizioni particolari per i clienti fedeli	sconto e premio
<p>Cp 105. SPECIAL Fidelity</p> <p>Sconto del premio annuo pari al 5%, purchè l'assicurato abbia maturato congiuntamente i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nessun sinistro denunciato negli ultimi tre anni dalla scadenza del proprio contratto assicurativo;</li> <li>continuità assicurativa non inferiore a tre anni mai interrotta o comunque rinnovata nei successivi 30 giorni dalla data scadenza dei contratti.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Sconto del premio annuo pari al 5%</p> <p>Premio scontato totale _____</p>
<p>Cp 110. BEST Fidelity</p> <p>Sconto del premio annuo pari al 10%, purchè l'assicurato abbia maturato congiuntamente i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nessun sinistro denunciato negli ultimi cinque anni dalla scadenza del proprio contratto assicurativo;</li> <li>continuità assicurativa non inferiore a cinque anni mai interrotta o comunque rinnovata nei successivi 30 giorni dalla data scadenza dei contratti.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Sconto del premio annuo pari al 10%</p> <p>Premio scontato totale _____</p>

\*Per quanto riguarda il medico in formazione, la Cp 13 è volta a coprire l'attività di certificazione a pagamento effettuate esclusivamente nell'ambito della sostituzione,

**Nel caso in cui il medico tirocinante o di formazione effettui attività di sostituzione di altro medico provvisto di polizza di responsabilità civile professionale che preveda la copertura del sostituto, la presente garanzia opererà a secondo rischio.**

## 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	50.000,00	80.000,00	104.000,00	160.000,00	180.000,00	207.000,00	310.000,00	400.000,00
Premio euro (comprese imposte)	<input type="checkbox"/> 7,00	<input type="checkbox"/> 8,00	<input type="checkbox"/> 11,00	<input type="checkbox"/> 16,00	<input type="checkbox"/> 18,00	<input type="checkbox"/> 20,00	<input type="checkbox"/> 31,00	<input type="checkbox"/> 42,00

valori in euro

Riportare di seguito i dati del beneficiario in caso di morte

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### Invalidità permanente da Infortunio / Massimali e premio annuo

Massimale	50.000,00	104.000,00	160.000,00	210.000,00	300.000,00	310.000,00	400.000,00	600.000,00
Premio euro (comprese imposte)	<input type="checkbox"/> 6,00	<input type="checkbox"/> 15,00	<input type="checkbox"/> 24,00	<input type="checkbox"/> 27,00	<input type="checkbox"/> 42,00	<input type="checkbox"/> 47,00	<input type="checkbox"/> 66,00	<input type="checkbox"/> 84,00

valori in euro

### Malattie professionali, HIV ed Epatite / Massimali e premio annuo

Massimale	50.000,00	104.000,00	160.000,00	210.000,00	300.000,00	400.000,00	600.000,00
Premio euro (comprese imposte)	<input type="checkbox"/> 9,00	<input type="checkbox"/> 18,00	<input type="checkbox"/> 26,00	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 57,00	<input type="checkbox"/> 76,00	<input type="checkbox"/> 114,00

valori in euro

### Diaria da Ricovero / Massimali e premio annuo

Massimale	50,00
Premio euro (comprese imposte)	<input type="checkbox"/> 7,00

valori in euro

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_