

## DATI PERSONALI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

## RECAPITI

cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ e-mail pec \_\_\_\_\_

Formazione specifica M.G. Regione: \_\_\_\_\_

Formazione specifica M.G. Triennio: \_\_\_\_\_

201 \_\_\_\_\_ - 201 \_\_\_\_\_ Anno di corso:  1°  2°  3°

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 3 anni. Se sì, indicare:

Tipo di sinistro	Compagnia	Liquidato/riservato
RC		€
Infortuni		€

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

periodo del corso: data inizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ data conclusione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

data richiesta adesione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ data di effetto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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



## Polizza sottoscritta

Per aderire alla polizza, è necessario scegliere le garanzie richieste flaggando il premio di polizza in corrispondenza del massimale desiderato. Ricordiamo che i massimali delle garanzie richieste **dovranno essere uguali o superiori** a quelli indicati dalla propria regione di appartenenza.

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

- Premio per la sola rc professionale;
- Premio per la rc professionale e per gli infortuni;
- Premio per la sola garanzia infortuni.

## SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

premi e massimali espressi in euro

Responsabilità Civile							
Massimale	750.000,00	775.000,00	800.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	2.000.000,00	2.500.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> 64,00	<input type="checkbox"/> 69,00	<input type="checkbox"/> 74,00	<input type="checkbox"/> 79,00	<input type="checkbox"/> 94,00	<input type="checkbox"/> 110,00	<input type="checkbox"/> 130,00

## SEZIONE INFORTUNI

premi e massimali espressi in euro

(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 "Diaria da ricovero" e "Malattie professionali").

Infortuni Caso Morte									
Massimale	50.000,00	80.000,00	100.000,00	104.000,00	160.000,00	180.000,00	207.000,00	310.000,00	400.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> 10,00	<input type="checkbox"/> 12,00	<input type="checkbox"/> 15,00	<input type="checkbox"/> 16,00	<input type="checkbox"/> 24,00	<input type="checkbox"/> 26,00	<input type="checkbox"/> 29,00	<input type="checkbox"/> 45,00	<input type="checkbox"/> 60,00

Invalidità Permanente da Infortunio								
Massimale	100.000,00	104.000,00	160.000,00	210.000,00	300.000,00	310.000,00	400.000,00	600.000,00
Premio annuo	<input type="checkbox"/> 23,00	<input type="checkbox"/> 26,00	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 46,00	<input type="checkbox"/> 70,00	<input type="checkbox"/> 79,00	<input type="checkbox"/> 110,00	<input type="checkbox"/> 140,00

Diaria da ricovero (50,00€ al dì)		Malattie Professionali			
Premio annuo	<input type="checkbox"/> 12,00	Massimale	160.000,00	200.000,00	210.000,00
		Premio annuo	<input type="checkbox"/> 44,00	<input type="checkbox"/> 60,00	<input type="checkbox"/> 67,00

Beneficiario caso morte		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____

## PREMIO TOTALE

Il premio totale, dato dalla somma delle garanzie scelte è pari a (riportare nella tabella i premi delle garanzie richieste):

Premio totale di polizza		
SEZIONE	GARANZIA	PREMIO
RC	RC	
	Caso morte *	
	Invalidità permanente da infortunio *	
	Malattie professionali	
	Diaria da ricovero	
<b>PREMIO TOTALE</b>		

\* garanzia obbligatoria in caso di scelta della sezione Infortuni.