

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 02.70.05.08.347. Per informazioni Tel. 02.91.98.33.11
Polizza di Assicurazione RC Professionale per **MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita		Luogo di nascita Prov.
Iscritto all'Ordine di		Nr.

Azienda / Studio		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione
 Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Effetto		Scadenza		Prima rata	
---------	--	----------	--	------------	--

MASSIMALE: € 2.000.000 per anno e per sinistro

Premio RC	€	_____
Quota associativa	€	_____
Consulenza ed assistenza servizio SOS Medici	€	_____
Tutela legale	€	_____
Altre garanzie	€	_____
Totale Omnicomprensivo	€	_____

Pagamento (il pagamento potrà essere effettuato solo **dopo** conferma scritta dei nostri uffici):

Bonifico bancario presso la Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
 IBAN: IT 54 W 05584 01672 0000000000612 Causale: nome e cognome

Carta di Credito: VISA MASTERCARD
 NR. |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_| Scad. |_|_|/|_|_| CVV*|_|_|_|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.

L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____ (Firma del Medico)



A. Avviso importante

- I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Proponente/Assicurato, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbero dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando il Proponente/Assicurato ha agito con dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.).
- II. Tutti i fatti importanti ai fini della presente proposta devono essere dichiarati e la loro non dichiarazione può invalidare l'assicurazione o comportare un grave pregiudizio in caso di sinistro.
- III. Il presente Modulo Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dal Proponente/Assicurato.
- IV. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività ovvero del periodo temporale pari a 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del Periodo di Assicurazione.
- V. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato.

B. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi all'Assicurato:

COGNOME NOME		
INDIRIZZO / VIA NUMERO		
CITTÀ	PROVINCIA	C.A.P.
CODICE FISCALE		
ISCRITTO ALL'ALBO DI		N° ISCRIZIONE

- NEI PARAGRAFI CHE SEGUONO BARRARE CON X LA CASELLA INTERESSATA

C. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale

NON È MAI STATO ASSICURATO

È GIÀ STATO ASSICURATO E :

<input type="checkbox"/> NON È MAI STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO
<input type="checkbox"/> È STATA DISDETTA LA POLIZZA PER SINISTRO
<input type="checkbox"/> NON È MAI STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA
<input type="checkbox"/> È STATO RIFIUTATO IL RINNOVO DELLA POLIZZA

D. Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità e quante volte negli ultimi 5 anni (2 + 3)

<input type="checkbox"/> NO NEGLI ULTIMI 2 ANNI	<input type="checkbox"/> SI NEGLI ULTIMI 2 ANNI	
<input type="checkbox"/> NO NEGLI ULTERIORI PRECEDENTI 3 ANNI	<input type="checkbox"/> SI: MENO DI 3 RICHIESTE/AZIONI	<input type="checkbox"/> SI: PIÙ DI 3 RICHIESTE/AZIONI

Indicare se è a conoscenza di fatti, azioni o omissioni dai quali possono derivare Richieste di Risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità (in aggiunta a quanto sopra indicato)

NO SI

NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI

E. Attività/Specializzazione svolta dal Proponente/Assicurato

Indicare l'area medica/chirurgica in cui è svolta la propria attività (con particolare attenzione alla pratica o meno di interventi chirurgici e/o accertamenti diagnostici invasivi)

I	A <input type="checkbox"/>	AGINECOLOGIA - OSTETRICIA	B <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA PLASTICA E/O RICOSTRUTTIVA
	C <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	D <input type="checkbox"/>	CHIRURGIA E/O MEDICINA ESTETICA
II	A <input type="checkbox"/>	CARDIOCHIRURGIA	B <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CON INTERVENTI CHIRURGICI
	C <input type="checkbox"/>	NEUROCHIRURGIA	D <input type="checkbox"/>	ANESTESIA RIANIMAZIONE
III	A <input type="checkbox"/>	NEUROLOGIA CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI	B <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
	C <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI CON INTERVENTI CHIRURGICI		
IV	A <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA CON IMPLANTOLOGIA IN GENERE		
	B <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MA CON ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI		
V	A <input type="checkbox"/>	ODONTOIATRIA SENZA IMPLANTOLOGIA IN GENERE		
	B <input type="checkbox"/>	ALTRE SPECIALIZZAZIONI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI		

NB: PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI SI INTENDONO QUELLI CHE COMPORTANO IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI PER INDAGINI ISTOLOGICHE E QUELLI CHE COMPORTANO UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO AI SOLI FINI DIAGNOSTICI.

PERTANTO QUALSIASI ALTRO ATTO MEDICO CHE COMPORTI L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO AI FINI TERAPEUTICI DEVE INTENDERSI COME ATTO CHIRURGICO.

Attività/specializzazione effettivamente svolta
(selezione ai soli fini statistici)

Indicare l'eventuale decorrenza di polizza:

Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03; per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited, Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG;
 - il titolare del sopra descritto trattamento è la Società AmTrust Europe Limited.

Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa al Cliente per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: data:

Firma del Proponente/Assicurato _____