



Modulo di proposta per la Responsabilità Civile Professionale dei Medici

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere veritiere, esatte e complete e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale dei Medici deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. 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 stabilita nella Scheda di Polizza.

Anagrafica:

Proponente: _____
Data e luogo di nascita: _____
C. F. : _____
P.Iva : _____
Residenza(Via/N°Civico/Cap/Città: _____
Tel : _____
Iscritto all'Albo di : _____
N° di Iscrizione : _____
Medico dipendente SSN
Medico Libero Professionista
Mail: _____

Precedenti Assicurativi del Proponente/Assicurato:

Non è mai stato assicurato :

E' già stato assicurato con :

Compagnia : _____

Annualità in corso : _____

Massimale : _____

Retroattività : _____

Indicare con una x se :

- Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro
 E' stata disdetta la Polizza per sinistro
 Non è mai stato rifiutato il rinnovo della Polizza
 E' stato rifiutato il rinnovo della Polizza

Garanzie :

Massimale / Retroattività :

1.000.000,00 2.000.000,00 3.000.000,00

Indicare il periodo di retroattività richiesto tra :

No retroattività 1 anno 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni

Attività Chirurgiche e Invasive :

Dettagli : _____

Attività NON chirurgiche :

Dettagli :

Specializzazione 1 . : _____

Specializzazione 2 . : _____

4) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

Sì negli ultimi 5 anni No negli ultimi 5 anni

Luogo e data della sottoscrizione _____, li __/__/____ Il Proponente / Assicurato _____

Nell'attesa di annoverarVi fra i Ns clienti, porgiamo distinti saluti.

AlphaBroker Spa
Ufficio di Caserta
Via Laviano, 142 – 81100 (CE)
T. +(39) 0823/498890
M. (39)347/7003352
alphacaserta@alphabroker.it
www.alphabroker.it