

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

Medico

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale

Da inviare via fax a: Ufficio Assunzioni al numero 059 7479101, compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto percezione, notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di
	Dal

ATTIVITA' SVOLTA

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di (Crocettare)	Dipendente		Parasubordinato		Libero professionista	
	Intramenia - Attività di intramেনia con copertura assicurativa dell'ASL o dell'Ente ospedaliero come da dichiarazione allegata					
In una struttura (Crocettare)	Pubblica		Accreditata		Privata	

Con la seguente specializzazione:	e con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettare)					
	500.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
(per FORMULA YOUNG unico massimale previsto di Euro 2 milioni)						
Medico Generico – di Base				NON PRESTABILE		
Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici				NON PRESTABILE		
Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi				NON PRESTABILE		
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico che pratica la chirurgia				NON PRESTABILE		
Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE	RISCHIO DI DIREZIONE
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto				NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

Estensioni e limitazioni di garanzia

FORMULA YOUNG – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza	Crocettare X
Premio annuo lordo di polizza Euro 250 con massimale prestato di Euro 2.000.000	
Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA	
Aumento del 25% del premio di tariffa	
Estensione all'attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento	
Aumento del 20% del premio di tariffa in caso di Dipendente – aumento del 100% del premio di tariffa in caso di Libero Professionista	
INDICIZZAZIONE	
Aggiornamento delle somme assicurate e dei premi in base agli indici ISTAT – nessuna variazione di premio	

Data _____ firma dell'Assicurando _____

Spazio riservato all'Agenzia _____ codice Agenzia _____ Sostituisce polizza n.° _____ Effetto _____

Spazio riservato alla Direzione _____ data _____ Autorizzazione _____

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali D.lgs. 196/2003 si precisa che Assicuratrice Milanese tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati

