

POLIZZA RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE PER MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ATTIVITÀ INVASIVA

Legge Nr. 24 del 8 marzo 2017

IL PRODOTTO E' SOTTOSCRITTO DA



Massimale per anno e per sinistro	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
Premio annuo Età* ≤ 35	€ 562,50	€ 703,75	€ 751,25	€ 846,25
Premio annuo Età* 36 - 39	€ 588,75	€ 738,75	€ 788,75	€ 887,50
Premio annuo Età* 40 - 50	€ 615,00	€ 772,50	€ 825,00	€ 930,00
Premio annuo Età* 51- 64	€ 641,25	€ 806,25	€ 861,25	€ 971,25
Premio annuo Età* ≥ 65	€ 667,50	€ 840,00	€ 898,75	€ 1.013,75

* Età alla prima sottoscrizione

i premi in tabella sono da intendersi annui/lordi

Garanzie comprese nella Polizza RC Professionale e Colpa Grave

- Nessuno scoperto nessuna franchigia
- **Retroattività 10 anni**
- Rivalsa azienda sanitaria Art. 9 comma 5 Legge 24/2017⁽²⁾
- Libera professione
- Responsabilità Amministrativa Corte dei Conti Art. 9 comma 5 Legge 24/2017⁽¹⁾

- Nessun massimale aggregato
- **Postuma decennale per cessazione attività e garanzia a favore degli eredi non disdettabile**
- Interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Surrogazione compagnia assicurazioni Art. 1916 c.c. Art. 9 Legge 24/2017

Per un preventivo personalizzato compilare e rinviare
il questionario di seguito riportato a

gise@todarobroker.it



**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE
MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI SENZA ATTIVITA' INVASIVA
Legge Nr. 24 dell' 8 marzo 2017**

Dati del Proponente:

Assicurato	
Indirizzo	
Cap	Prov
Tel. Abitazione	Cellulare
e-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Data di nascita	Luogo di nascita Prov.
Ordine	Iscrizione Nr.

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE

☐ Massimale 1.000.000,00	☐ Massimale 2.000.000,00
☐ Massimale 3.000.000,00	☐ Massimale 5.000.000,00

☐ **CONDIZIONE AGGIUNTIVA Estensione Postuma Decennale Legge Nr. 124 del 4 Agosto 2017**

POLIZZA RC DELLA VITA PRIVATA

☐ Massimale 500.000,00 Premio € 60,00	☐ Massimale 1.000.000,00 Premio € 100,00
☐ Rinuncio alla garanzia RC della Vita Privata	

Effetto	Scadenza	La polizza avrà effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno.
---------	----------	--

☒ Quota Associativa Med Mal Risk per l'anno in corso è € 90,00	Importo totale
--	----------------

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

Intestato a : TODARO ANNA ROSA BROKER

Causale: "specificare polizze richieste" (NOME E COGNOME)

IBAN: IT15Y0101015815100000005592

Pregiamo volerci inviare contabile a gise@todarobroker.it contestualmente a/ai questionari

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 della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | ____

Cod. Partner _____

Il Proponente

Intermediario

GISE
Società Italiana di Cardiologia Interventistica

www.nobisassicurazioni.it

**MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E COLPA GRAVE
 MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA INTERVENTI CHIRURGICI E SENZA ATTIVITA' INVASIVA
 Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017**

Dichiarazioni del Proponente:

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

1 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.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni

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 di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.

Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, (salvo quanto previsto per il periodo di ultrattività) purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività pari ai 10 (dieci) anni

Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

 Il Proponente

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

 Il Proponente

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____

 Il Proponente



NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Via Lanzo, 29 – 10071 Borgaro Torinese (TO) – Tel. 0114518708
 Capitale Sociale € 10.000.000,00 i.v. – P.iva 09834040017
 AUTORIZZATA CON PROVVEDIMENTO IVASS n° 2621 del 06 Agosto 2008
iscritta alla sez. I dell'albo delle imprese di assicurazione al n.1.00165
Appartenente a Gruppo assicurativo INTERGEA Finance S.p.A. – iscritto al n.052 del Gruppo Assicurativi
 SOGGETTA A DIREZIONE E COORDINAMENTO DI INTERGEA FINANCE S.p.A.

www.nobisassicurazioni.it