

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 Ospedaliero Dipendente

Modulo di proposta per l'assicurazione responsabilità civile professionale

Da inviare via fax ad Assitorino 2000 Servizi s.a.s. al numero 0114478013 o via mail all'indirizzo: info@assitorino.it

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	
	Intramenia - Attività di intramania con copertura assicurativa dell'ASL o dell'Ente ospedaliero come da dichiarazione allegata			
In una struttura (Crocettare)	Pubblica		Accreditata	

Con la seguente specializzazione:	e con la richiesta dei seguenti Massimali in € (Crocettare)		
	1.500.000		5.000.000
Tutte le specializzazioni con esclusione della Ginecologia e Chirurgia plastica ed estetica			
Specializzazione di Ginecologia o Chirurgia plastica ed estetica			

Estensioni e limitazioni di garanzia	Crocettare X
Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA Aumento di Euro 170 del premio di tariffa	
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

