

**Richiesta progetto Assicurativo Responsabilità Civile Professionale
La Navale Assicurazioni polizza n°10293282
Per i medici Iscritti Fimmg**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ il _____ / _____ / _____

Via /Piazza _____ Città _____ Pr. _____

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. _____ E-mail _____ @ _____

Cell. _____ studio _____

Attività esercitata: libero professionale - Dipendente (solo x i Convenzionati passati a dipendenza)
Con decorrenza dalla data del _____ / _____ / _____ (la data non può essere antecedente alla stipula della polizza)

Medico di Medicina Generale Medico di Continuità Assistenziale Medico di Emergenza Sanitaria

Medico di Dirigenza Territoriale Medico in Formazione

Se il medico esercita l'attività in più Settori barrare tutte le caselle interessate

Chiedo di inserire l'attività di Specialista in _____

Se il medico esercita l'attività di Specialista, inserire tutte le Specializzazioni dove viene esercitata l'attività libero professionale

INTEGRAZIONI RICHIESTE (contrassegnare con una X):

Difference in Conditions – esistenza di altra polizza per lo stesso rischio (solo R.C. Professionale):

N° Polizza _____ Compagnia _____

Massimali _____ Scadenza _____

Danni alle attrezzature di laboratorio di proprietà o in uso alla struttura pubblica:

massimo risarcimento **per anno e per evento** € 7.747,00; scoperto per sinistro 10% minimo € 516,00;

Garanzia "Perdite Patrimoniali"; scoperto per sinistro 10% minimo € 516,00 e fino a concorrenza di € 103.291,00 per anno assicurativo;

Medicina Estetica (altrimenti esclusa): fino al massimale **unico per evento** di € 516.500,00;

Responsabilità Civile della Vita Privata

MASSIMALE RICHIESTO PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

La garanzia si intenderà prestata fino alla concorrenza del massimale **unico per evento** di:

€ 516.500,00

€ 1.033.000,00

€ 1.549.500,00

€ 2.065.800,00

LIBERATORIA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), autorizzo il trattamento dei dati di cui sopra, nonché di quelli contenuti nella documentazione da me prodotta, da parte degli uffici della FIMMG per inoltrare e seguire l'iter della polizza agli uffici del Broker Previasme, e viceversa, preposti all'adempimento degli obblighi e delle procedure previsti dalla polizza, con le modalità previste dalle Leggi e dai regolamenti vigenti in materia di prestazioni assicurative.

Luogo e data _____ **Firma** _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità **dichiara di essere iscritto alla**

FIMMG Sezione di _____ **settore*** _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

* AP (Assistenza Primaria) – CA (Continuità Assistenziale) – ES (Emergenza Sanitaria) – DT (Dirigenza Territoriale) – F (Medici in Formazione)

Luogo e data _____ **Firma** _____

Fimmg effettuerà tutti i controlli necessari per verificare lo stato di iscrizione degli aderenti alla presente offerta, riservandosi il diritto di rivalersi nei confronti di quanti avessero rilasciato dichiarazioni non veritiere.

Inviare tramite Fax alla Fimmg: 0654896659/0654896266

N.B. la richiesta sarà inoltrata solo se il richiedente compila il modulo correttamente apponendo tutti i dati e le firme richieste. Le condizioni di polizza si possono scaricare dal Sito: <http://prassis.fimmg.org> o richiederle alla propria Sede Provinciale