



L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni
Tel. 06 44292537/06 44292547 (orari 9.00/13.00 -14.00/18.00)
Sito www.prassibroker.it email rcpscudomedico@prassibroker.it



POLIZZA 30 GIORNI PER I PEDIATRI
DI LIBERA SCELTA ASSOCIATI
A SCUDOMEDICO

Modulo di proposta di adesione

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
nato a _____ provincia _____ nazione _____ il _____

RECAPITI

Cellulare _____ telefono _____ fax _____
e-mail _____ e-mail pec _____

Se preferisce essere CONTATTATO PRESSO IL SUO INDIRIZZO PRIVATO ci fornisca i relativi dati:

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____
Città _____ Provincia _____ telefono _____ fax _____

CODICE REGIONALE N. _____ ASL/AUSL DI APPARTENENZA [] [] TITOLARE DEL RAPPORTO CONVEZIONALE DALL'ANNO _____

Polizza "30 Giorni" Convenzione ScudoMedico - Prassi Broker - UnipolSai

Il sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 46, del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara di essere medico convenzionato con il servizio sanitario per l'attività di:

- pediatra di libera scelta pediatra di libera scelta con incarico temporaneo

Il premio lordo relativo alle garanzie scelte ammonta a euro _____

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto all'albo FNOM.CeO. (Ordine dei Medici) SI NO

Accetta la sottoscrizione del presente contratto mediante vendita a distanza SI NO

Il sottoscritto dichiara altresì che in virtù della sottoscrizione del presente contratto assume la qualifica di "Amico di ScudoMedico"

Effetto della copertura

Le inclusioni che avvengono nel corso della prima semestralità dell'anno comportano la corresponsione dell'intero premio annuo, quelle che hanno luogo nel secondo semestre prevedono il versamento del 50% del premio annuo. Qualora all'atto di ingresso nella garanzia, l'Assicurato risulti titolare di altra polizza in convenzione ScudoMedico, usufruirà di uno sconto nella misura del 5% sull'importo relativo alla prima annualità di copertura.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 1 Gennaio di ogni anno, se il premio è stato pagato, diversamente dalle ore 24:00 del giorno di accredito del bonifico nel c/c della Società. La scadenza della prima rata è fissata alle ore 24:00 del 31/12/2020.

Combinazioni fra indennità giornaliera / premio polizza

Scegliere la combinazione desiderata

	90,00	130,00	160,00	190,00
Indennità giornaliera				
Premio euro (comprese imposte)	<input type="checkbox"/> 266,00	<input type="checkbox"/> 373,50	<input type="checkbox"/> 504,50	<input type="checkbox"/> 598,50
Scontato Amici di ScudoMedico*	<input type="checkbox"/> 253,00	<input type="checkbox"/> 355,00	<input type="checkbox"/> 479,50	<input type="checkbox"/> 569,00

valori in euro

* Tariffa scontata per i clienti UnipolSai: il sottoscritto dichiara di essere titolare di altra polizza UnipolSai n° _____ scadenza _____ e pertanto di usufruire della tariffa agevolata (sconto 5% sul premio relativo al primo periodo di copertura).

Richiesta informazioni

Per informazioni ci contatti ai seguenti numeri

Consulente Assicurativa: Dott.ssa Gobbi Donatella (Iscritta RUI sezione E n. E000218602 dal 26/10/2007)

Cellulare +39 346 33 27 075 Telefono fisso +39 0744 0829 67 e-mail donatella.gobbi@prassibroker.it

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____



Cessazione della garanzia

La copertura assicurativa cessa immediatamente in caso di cancellazione del professionista da ScudoMedico, con effetto dalla data della prima scadenza annuale.

L'assicurato dichiara

- di accettare espressamente l'invio di comunicazioni di servizio tramite fax e, o email ai riferimenti indicati nel frontespizio del modulo di adesione, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, salva la possibilità di revocare successivamente tali consensi;
- di aver acquisito ed esaminato prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione il "Fascicolo Informativo" che comprende: Nota informativa e Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa privacy (articolo 13 del decreto legislativo 196 del 2003) e successive modifiche e dell'art. 13 GDPR 679/2016 - "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", ciò in ottemperanza al regolamento Ivass numero 35 del 26 maggio 2010;
- di aver acquisito e di accettare tutte le "Condizioni di Assicurazione" di cui al "Fascicolo Informativo" il cui testo integrale è disponibile sul sito internet www.prassibroker.it;
- di aver visionato gli allegati 3 e 4, posti all'indirizzo <https://www.prassibroker.it/index.php/documenti/> del sito Prassi Broker, in ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018

Condizioni espressamente accettate

Agli effetti e ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli il cui testo è inserito nella polizza:

Condizioni di assicurazione

- 1 - Oggetto dell'Assicurazione
- 2 - Persone Assicurate
- 3 - Indennità giornaliera per i primi 30 giorni di malattia o di infortunio professionale o extraprofessionale
- 4 - Cure dentarie da infortunio
- 5 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
- 6 - Prestazioni a tariffe agevolate
- 7 - Premio
- 8 - Modalità inclusione singoli assicurati - modalità "Vendita a Distanza".

Condizioni Generali

- A1 - Effetto dell'assicurazione
- A2 - Durata dell'assicurazione / Tacita proroga
- A3 - Modifica delle condizioni di assicurazione
- A4 - Oneri fiscali
- A5 - Foro competente
- A6 - Termini di prescrizione
- A7 - Rinvio alle norme di Legge
- A8 - Altre assicurazioni

Limitazioni

- B1 - Estensione Territoriale
- B2 - Esclusioni dall'Assicurazione
- B3 - Limiti di Età

Sinistri

- C1 - Denuncia di malattia o di infortunio
- C2 - Sinistri in Strutture private / Sinistri in SSN
- C3 - Clausola Broker
- C4 - Gestione documentale di spesa
- C5 - Controversie ed Arbitrato irrituale

Scelta delle modalità di invio e recapito del contratto e di tutte le successive comunicazioni

Il sottoscritto intende ricevere la documentazione contrattuale e le eventuali comunicazioni con le modalità qui di seguito indicate:

in forma elettronica al seguente indirizzo email _____

in forma cartacea e per posta all'indirizzo _____

è facoltà del contraente modificare in qualsiasi momento le modalità di invio e/o ricezione dei documenti comunicando le nuove modalità al numero 06 44 29 25 37 / 06 44 29 25 47 o scrivendo a donatella.gobbi@prassibroker.it

Trasmissione della documentazione

L'assicurato dovrà inviare a Prassi Broker s.r.l., la seguente documentazione compilata e sottoscritta:

- il presente modulo di adesione alla polizza
- il questionario di adeguatezza
- copia della ricevuta del bonifico bancario alle seguenti coordinate:
codice IBAN:
Unipol Banca SpA - **IT 47 U031 2714 4000 0000 0003 670**
causale:
Cognome e nome del medico assicurato, Polizza 30 giorni, IBAN ordinante
intestato a:
Prassi Broker s.r.l. (intermediario assicurativo iscritto RUI n. B000391094)

Documentazione da presentare se non presentata precedentemente o in assenza di variazioni contrattuali:

- l'autorizzazione privacy Prassi Broker s.r.l.
- il mandato broker
- l'autorizzazione privacy UnipolSai dati sensibili

In mancanza totale o parziale dei suddetti documenti la copertura non avrà effetto.

L'assicurato potrà inviare tutta la documentazione:

- via fax al numero 06.44.23.38.95
- via email a donatella.gobbi@prassibroker.it
- via posta ordinaria a Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni

Responsabile attività vendita a distanza

Il signor Daniele Pericoli, di Prassi Broker s.r.l., è responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione a distanza e potrà essere contattato all'indirizzo email info@prassibroker.it

Il presente modulo è compilato previa visione degli allegati 3 e 4 e di tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, in ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____

