



SACAM INSURANCE BROKER SRL

CONVENZIONE SIDeMAST

Responsabilità Civile del Medico Dermatologo

AVVISO

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave (Art. 1892 comma 1 Codice Civile)

Nome	
Cognome	
Indirizzo	
P.IVA / Cod. Fisc.	
Fatturato ultimo anno €	
Spiccialità oltre a quella di dermatologia	

Il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio negli ultimi 3 anni ?	
SI	NO
Impresa Assicuratrice:	
Periodo di copertura:	
Massimale di polizza:	
Premio annuale	
Periodo ultima annualità:	

E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	
SI	NO
Se si perché?	





Indicare quale dei seguenti massimali di risarcimento il proponente desideri inserire in polizza

Euro 250.000,00	
Euro 500.000,00	
Euro 750.000,00	
Euro 1.000.000,00	
Euro 1.500.000,00	
Euro 2.000.000,00	
Euro 2.500.000,00	
Euro 5.000.000,00	
Euro	

Indicare il Periodo di retroattività richiesto

No retroattività	sconto 10%	
1 anno	sconto 5 %	
2 anni	nessun premio addizionale	
3 anni	premio aumentato del 7,5 %	
4 anni	premio aumentato del 12,5%	
5 anni	premio aumentato del 17,5%	

Si vuole escludere le procedure invasive	SI	NO
--	----	----

Indicare la franchigia richiesta

No franchigia	nessuno sconto	
Euro 1.500,00	sconto 2,5%	
Euro 2.500,00	sconto 4,0%	
Euro 5.000,00	sconto 5,0%	
Euro 7.000,00	sconto 10,0%	
Euro 10.000,00	sconto 12,5%	
Euro 15.000,00	sconto 15,0%	
Euro 20.000,00	sconto 17,5%	
Euro 25.000,00	sconto 20,0%	



Situazione Sinistri:

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

SI	NO
----	----

Se si indicare

Tipologia evento	
Date di accadimento	
Profili di responsabilità accertati	

Indicare se il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dei quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente?

SI	NO
----	----

Se si indicare

Tipologia evento	
Date di accadimento	
Profili di responsabilità accertati	



POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

Ciò significa che la polizza copre: le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle persone assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza, eccetto quando sia operante la "Garanzia Postuma"

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara:

- a) che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
- b) di prendere atto che questa proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- c) che qualora le parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrale di essa
- d) che se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura.

Data

Nome e Cognome del Proponente

Firma del Proponente