

Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione infortuni deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma in Loss Occurrence, per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

Dati del Proponente / Assicurato

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|--------|
| COGNOME NOME | CODICE FISCALE | PARTITA I.V.A | |
| INDIRIZZO | LOCALITÀ / COMUNE | PROVINCIA | C.A.P. |
| NUMERO TELEFONICO | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | |
| ISCRITTO ALL'ALBO DI (SE APPLICABILE) | N° DI ISCRIZIONE | INDIRIZZO E-MAIL | |

1) Massimali Richiesti

Massimali richiesto per la Garanzia Infortuni dei Medici – Morte Accidentale, Invalidità Permanente e 3 Virus

75.000€ 100.000€

2) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato per Infortuni Medici Indicare quali siano le percentuali di Invalidità Permanente dell'Assicurato.

| INFORTUNI | ANNO | BREVE DESCRIZIONE | % DI INVALIDITÀ |
|-----------|------|-------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI

Modulo di Proposta - Assicurazione per gli Infortuni del Personale Sanitario

3) Indicare la decorrenza della Polizza:

4) Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

5) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. 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.
2. 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.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «Loss Occurrence», per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
 - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
 - b. Condizioni di Assicurazione;
 - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato _____

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. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___ Il Proponente / Assicurato _____

