

SCHEMA DI ADESIONE ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE OSTEOPATA - APROS

Tutti i campi contrassegnati da asterisco (*) sono da compilare

N. POLIZZA		CERTIFICATO		INTERMEDIARIO	BUREAU EUROPEEN D'ASSURANCE HOSPITALIERE
SOCIETA'	Accelerant Insurance Europe SA			FRAZIONAMENTO	ANNUALE
DURATA DELLA POLIZZA:				12 MESI	
DATA DI EFFETTO (inizio alle 24.00):				DATA PAGAMENTO PREMIO ASSICURATIVO	
TACITO RINNOVO:	SI				
*ASSICURATO:					
*DATA DI NASCITA		*COMUNE DI NASCITA		*PROVINCIA:	
*DATA/N. ISCRIZIONE APROS					

PREMIO ALLA FIRMA – NEO-DIPLOMATO APROS:

Premio Netto	Accessori	Premio Imponibile	Imposte (22,25%)	Premio Lordo
EUR 81,80	EUR 8,18	EUR 89,98	EUR 20,02	EUR 110,00

PREMIO ALLA FIRMA – SOCIO ORDINARIO APROS:

Premio Netto	Accessori	Premio Imponibile	Imposte (22,25%)	Premio Lordo
EUR 100,39	EUR 10,04	EUR 110,43	EUR 24,57	EUR 135,00

Il premio è unico ed indivisibile; il mezzo di pagamento utilizzabile è esclusivamente a mezzo bonifico.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO

PER SINISTRO:	PER ANNO:
EUR 1.000.000,00	EUR 3.000.000,00

DENUNCIA & GESTIONE DEI SINISTRI:

I sinistri devono essere denunciati per iscritto dall'Assicurato (o dal suo agente assicurativo) a Capanna Group:



Viale Goffredo Mameli, 6, 57123 Livorno (LI)
Livorno, Italy Tel. +39 0586 894.132 - +39 0586 894.233
Fax. +39 0586 839.985
Newclaim.MM@capanna.it

ULTERIORI INFORMAZIONI

NORMATIVO:	CGA LIBERA PROFESSIONE*	FRANCHIGIA PER SINISTRO:	EUR 1.000,00
RETROATTIVITA' SOCIO:	10 ANNI	SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI:	NO
RETROATTIVITA' STUDENTE	INIZIO POLIZZA		

* condizioni di polizza e fascicolo informativo sono scaricabili dal sito: <https://aprososteopatia.com/>

TACITO RINNOVO CONVENZIONE APROS

Il contratto del singolo associato si intende automaticamente rinnovato annualmente dalla data della sua scadenza, subordinatamente al pagamento del premio indicato in scheda di copertura. Rimane ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata, posta elettronica o Posta Certificata (PEC) da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni tacita scadenza.

DICHIARAZIONI ASSICURATO

*DATA PAGAMENTO	
DATA INIZIO POLIZZA	ORE 24.00 - DATA DI PAGAMENTO PREMIO ASSICURATIVO
PREMIO ANNUALE	<div> <div>*TARIFFA NEO-DIPLOMATO 110 € <input type="checkbox"/></div> <div>*TARIFFA SOCIO ORDINARIO 135 € <input type="checkbox"/></div> </div>
SINISTRI ULTIMI 5 ANNI:	<div>*NESSUNO <input type="checkbox"/></div> <div>*SI <input type="checkbox"/></div>
*INDICARE IL NUMERO DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI.	<div>A) FINO A 2 <input type="checkbox"/></div> <div>B) OLTRE 2 ** <input type="checkbox"/></div>
OLTRE 2 SINISTRI:	VALUTAZIONE PREMIO RISERVATA A COMPAGNIA ** Compilare la scheda di sinistrosità nella pagina seguente

N.B. Per l'attivazione della copertura assicurativa è obbligatorio inviare il presente modulo compilato e firmato (anche digitalmente) assieme alla copia di bonifico bancario per il pagamento del premio, ai seguenti indirizzi email:

apros.beagroup@gmail.com

e con la seguente Causale di bonifico:

ASSOCIAZIONE APROS – ASSICURATO (**indicare nome & cognome**) – QUOTA ASSOCIATIVA (**indicare se neo-diplomato o socio ordinario**)

IL CONTRAENTE

ACCELERANT INSURANCE EUROPE SA/NV
VITTORIO SCALA
PROCURATORE SPECIALE

SCHEDA INFORMATIVA - SINISTROSITA' PREGRESSA
ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
CONVENZIONE APROS
ASSOCIAZIONE PER LA PROFESSIONE OSTEOPATA

Per sinistri in numero maggiore di 2 (DUE)

INFORMAZIONI- Fornire le seguenti informazioni:			
<u>PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI</u>			
<u>FA RICHIESTA</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N. Sinistri (*) _____	
1. Data scoperta/notifica _____	Controparte _____		
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Indicare l'Assicuratore) _____		
Eventuale somma reclamata _____			
Breve descrizione del danno _____			

<u>PRESENZA DI SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI RICEVUTI, DENUNCIATI E/O RISARCITI ANCHE NON INERENTI ALLE SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI PER CUI SI</u>			
<u>FA RICHIESTA - SCHEDA INFORMATIVA</u>			
2. Data scoperta/notifica _____	Controparte _____		
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Indicare l'Assicuratore) _____		
Eventuale somma reclamata _____			
Breve descrizione del danno _____			