ASSISANITÀ®

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Modello di adesione PERSONALE SANITARIO NON MEDICO
da inviare a mezzo Fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni Tel 02.91.98.33.11

Contraente _____
Indirizzo _____
Cap _____ **Città** _____ **Pv** _____
Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____
e-mail _____ Fax _____
Cod. Fiscale |___|___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|
Partita Iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Data di nascita |____||____||_____| **Luogo di nascita** _____ **Pv** _____

Specializzato in _____
Altra eventuale attività svolta _____
☐ Libero professionista
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Privata con libera professione
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Extramuraria
Numero Iscrizione albo _____ **Provincia di** _____

Ospedale _____
Reparto _____ Tel. _____
Studio indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Pv _____
Tel. Studio _____ Fax _____

Altre assicurazioni personali in corso: SI ☐ NO ☐ - Compagnia _____
Num. _____ Massimale _____ € Scadenza |_____||_____||_____|
Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo _____

- Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia ..... **SI ☐ NO ☐**
Se si quando |___|___|___| e indicarne il motivo _____
- L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto ..... **SI ☐ NO ☐**
In caso affermativo allegare documentazione a riguardo
- L'Assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine ..... **SI ☐ NO ☐**

☐ **Aggiungo** con 75 euro la polizza tutela giudiziaria, libera scelta del legale e del consulente tecnico di parte, massimale per anno illimitato per sinistro € 21.000,00

Compagnia Delegataria RC _____
☐ **R.C. Massimale €** _____ ☐ R.C. Massimale € _____ a II rischio
Effetto |_____||_____||_____| Scadenza annuale se non diversamente concordato (con tacito rinnovo)

Totale annuo omnicomprensivo |_____|

Pagamento: ☐ Bonifico bancario
☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐ CARTA SI ☐ CARTA VISA

NR. |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__| Scadenza |___|___| CVV*|___|___|___|
* Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:
1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale.
E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.
L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____|___|___|_____| _____ (Firma del Medico)

dal 1928... una storia che continua...