assisanità®

Modello adesione da inviare
a mezzo fax allo 02.700.50.83.47
per informazioni Tel 02.48.00.46.77

Convenzione AICEFrcf

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

PROPOSTA POLIZZA R.C. PER IL MEDICO

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 ☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Privata con libera professione ☐ 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 ☐**

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)

1928 - 2008... 80 anni, una storia che continua...

ASSIMEDICI e **ASSISANITÀ** sono marchi registrato da **ASA BROKER STEFFANO**
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.48.00.46.77** - Fax 02.48.00.94.47
www.assimedici.it - www.assisanita.it
Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156
Socio i.L.I.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

Numero Verde 800-917333

STEFFANO GROUP®