MODULO DI ADESIONE

da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.91.98.33.11

A.R.I.T.M.I.A.
Associazione Ricerca Italiana
Tutela Medici Ingiustamente Accusati

www.aritmia.eu

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Residente a _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Ordine Medici di _____ Iscrizione Nr. _____

Specializzazione _____

Associazione _____

Ospedale/Studio _____

Città _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax _____

Titolare di polizza RC professionale personale **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Copertura assicurativa aziendale per colpa grave **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Già titolare di polizza di tutela giudiziaria **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Massimale per sinistro senza limite per anno per vertenze penali, civile ed assistenza	**€ 30.000,00**
Quota associativa*	**€ 165**

Modalità di pagamento prescelta

|__| a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
IBAN IT54W0558401672000000000612 Causale: ARITMIA (proprio nome e cognome)

|__| con addebito sulla mia Carta di Credito |_| CARTA VISA |_|CARTA MASTERCARD

Nr. |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|Scadenza |__|__|/|__|__|

CVV* |__|__|__| (Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

* La quota associativa comprende la copertura assicurativa.
Il sottoscritto, avendo presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Tutela Giudiziaria del Medico e con la firma del presente modulo conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 cc) della Sua adesione alla polizza e alla associazione ARITMIA.
Specifichiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di effetto anche se il pagamento possa risultare antecedente alla stessa. Laddove la data del pagamento risultasse posteriore a quella di effetto, le garanzie decoreranno dalle ore 24 del giorno del pagamento ed invio della scheda di adesione a mezzo Fax. Per l'operatività delle garanzie è necessario che l'iscritto Medico compili, sottoscriva ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento. Dichiaro di aver letto e ricevuto e/o scaricato dal sito internet dell'Associazione le Condizioni di polizza e la nota informativa relativa al trattamento dei miei dati personali. Le note informative e le condizioni sono scaricabili dal sito www.aritmia.eu/tutelalegale.

Luogo e data_____|___|___|_____| _____ (firma)

ARITMIA Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati

ARITMIA
Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati
20123 Milano - Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.48.00.46.77 Fax 02.48.00.94.47 - info@aritmia.eu

nuovo sito internet www.aritmia.eu