Modello adesione da inviare
a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
Per informazioni: tel. 02.48.00.46.77

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

ASSISANITÀ®

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ **Prov** _____

Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____

e-mail _____ **Fax** _____

Ospedale _____ **Reparto** _____

Tel. Ospedale _____ **Fax** _____

Cod. Fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita |____| |____| |_____| **Luogo di nascita** _____ **Prov** _____

Laurea nel _____ **Nr. Iscr. albo** _____ **Prov. di** _____ **Associazione** _____ **Nr iscr.** _____

GARANZIE INFORTUNI	FORMULA SILVER	FORMULA GOLD	FORMULA PLATINUM
Premorienza	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00
Invalidità permanente	€ 150.000,00	€ 250.000,00	€ 350.000,00
Diaria da ricovero	€ 30,00	€ 100,00	€ 100,00
Diaria da convalescenza	€ 30,00	€ 100,00	€ 100,00
Diaria da gesso	€ 30,00	€ 100,00	€ 100,00
Rimborso spese	€ 2.600,00	€ 5.200,00	€ 5.200,00
PREMIO MENSILE	**€ 27**	**€ 47**	**€ 60**

FORMULA PAGAMENTO PRESCELTA	FORMULA SILVER	FORMULA GOLD	FORMULA PLATINUM
Annua	€ 323 |__|	€ 565 |__|	€ 720 |__|
Semestrale	€ 167 |__|	€ 291 |__|	€ 371 |__|

Effetto* |____|____|_____| **Scadenza** |____|____|_____|
*La polizza deve avere effetto e scadenza alla fine di ogni mese

PAGAMENTO

☐ con assegno NON TRASFERIBILE

☐ con bonifico bancario

☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐Carta Si ☐Carta Visa ☐Carta Mastercard

Nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Scad. |__|/|__|__| CVV |__|__|__|*
* ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

ATTENZIONE

Al fine della copertura assicurativa occorre attendere la conferma di emissione del contratto prima di effettuare il pagamento
Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D. Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa;
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 _____ |____|____|_____| **Il proponente** _____

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