CONVENZIONE

Fe.S.I.Os.

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

assisanità®

PROPOSTA POLIZZA R.C OSTEOPATA
Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.700.50.83.47
per informazioni Tel 02.48.00.46.77

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

Nr. Iscriz. Associazione_____prov. _____Associazione **Fe.S.I.Os.**
Qualifica Professionale _____
_____

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.

Compagnia Delegataria RC_____

☐ R.C. Massimale € _____

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

Numero |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__| 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)

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®