



PROPOSTA POLIZZA R.C OSTEOPATA
Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.700.50.83.47
per informazioni Tel 02.91.98.33.11

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

Nr. Iscriv. 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 garanziaSI 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 contrattoSI 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 onnicomprensivo |_____||
 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)



20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
 Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
 Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**



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