ASSISANITÀ®

SIQuAS
Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

PROPOSTA POLIZZA R.C. PER IL MEDICO – si prega di rispondere a tutte le domande

Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 – per informazioni Tel 02.91.98.33.11

Contraente _____

Indirizzo _____

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

Fax _____ **Telefono abitazione** _____

e-mail _____ **Cellulare** _____

Cod. Fiscale |___|___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|

Partita Iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

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

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** _____ **Prov**_____

Tel. Studio _____ **Fax** _____

Altre assicurazioni personali in corso: SI ☐ NO ☐ - Compagnia _____

Polizza N. _____ **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 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 RC _____ **Massimale RC richiesto €**_____

Effetto |_____||_____||_____| **Totale annuo omnicomprensivo €** |_____|

l'effetto deve essere l'ultimo giorno del mese, scadenza annuale.

Forma di Pagamento: ☐ Con Bonifico bancario ☐ Con addebito su 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)

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

ASSIMEDICI e **ASSISANITÀ** sono marchi registrati da **ASA BROKER STEFFANO**
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.91.98.33.11** - Fax 02.48.00.94.67
Recapito Roma: Tel. 06.98.35.71.16 - Fax 06.23.32.43.357
www.assimedici.it - www.assisanita.it - Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156
Socio i.LI.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

Numero Verde 800-917333

STEFFANO GROUP®