assiSANITÀ

Modello adesione da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni Tel 02.48.00.46.77

ASSICURAZIONE MEDICI OSPEDALIERI AI SENSI DEL C.C.N.L. DELL'AREA RELATIVA ALLA DIRIGENZA MEDICA

CON ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA COMPRESO RESPONSABILITÀ DI STRUTTURA COMPLESSA

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ Pv _____

Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____

e-mail _____ Fax _____

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

Partita IVA |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Data di nascita |_____||_____||_____| **Luogo di nascita** _____ Pv _____

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

Specializzato in _____ Attività svolta_____

Responsabile Struttura complessa ☐ SI ☐ NO

☐ **Medico con rapporto di lavoro continuativo con il SSN o con organizzazioni che operano in regime di conv. con il SSN, inclusa intramoenia anche allargata**

☐ Medico Ospedaliero con libera professione extramoenia ***(scaricare il modulo corretto da www.assisanita.it/modulo)***

☐ Medico Libero professionista ***(scaricare il modulo corretto da www.assisanita.it/modulo)***

Azienda Ospedaliera _____

Reparto _____

Tel. Ospedale _____ Fax _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

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

Num. _____ Massimale _____ milioni Effetto |__|__|_____| Scadenza |__|__|_____|

- Sono state avanzate o promosse – relativamente alla professione svolta – richieste di risarcimento o indagini o azioni di responsabilità nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? **☐ SI ☐ NO**
  In caso affermativo riportare informazioni dettagliate: _____
- Il proponente e' a conoscenza di azioni, omissioni o circostanze che si possa ragionevolmente prevedere potrebbero costituire le basi per un futuro sinistro risarcibile da questa polizza? **☐ SI ☐ NO**
  In caso affermativo riportare informazioni dettagliate: _____
- Il proponente ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza? **☐ SI ☐ NO**
  In caso affermativo riportare informazioni dettagliate: _____

Compagnia RC: Alcuni assicuratori dei **Lloyd's**

Tutte le specialità (esclusa ginecologia e chirurgia plastica) ☐ **1.500.000**,00 **€ - Premio 636**,00 **€** ☐ **5.000.000**,00 **€ - Premio 784**,00 **€**

Ginecologia e Chirurgia Plastica ☐ **1.500.000**,00 **€ - Premio 1.142**,00 **€** ☐ **5.000.000**,00 **€ - Premio 1.438**,00 **€**

Comprensivo di Polizza Tutela giudiziaria Civile, Penale ed Amministrativa con massimale di 26.000,00 € per anno illimitato per sinistro - Comprensivo di Servizio di Assistenza e Consulenza

Effetto |____|____|_____| - Scadenza |____|____|_____| - Durata anni **1** senza tacito rinnovo

Pagamento

☐ con assegno non trasferibile ☐ con bonifico

☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐ CARTA SI ☐ CARTA VISA ☐ CARTA MASTERCARD

Numero |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__| Scadenza |___|___| CVV |___|___|___|*

* ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Ai fine della copertura assicurativa occorre attendere la conferma di emissione del contratto prima di effettuare il pagamento

Il proponente _____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Il proponente _____

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** _____

ASSISANITÀ è un marchio registrato **ASA BROKER STEFFANO**
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.48.00.46.77** - Fax 02.48.00.94.47
Chiamata gratuita 800.91.73.33 - www.assisanita.it - info@assisanita.it
Iscrizione Registro Unico Intermediari B000166657 - P.IVA 11633790156
Socio i.L.l.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association

Numero Verde 800-917333

STEFFANO GROUP