ASSISANITÀ®

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

PROPOSTA POLIZZA R.C. PER IL MEDICO

da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 - per informazioni Tel. 02.48.00.46.77

Contraente _____

Indirizzo _____

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

Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____

e-mail _____ Fax _____

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 _____

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
- **L'Assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine** **SI ☐ NO ☐**

☐ **Aggiungo** con 165 euro la polizza di difesa legale civile e penale

☐ **Aggiungo** con 215 euro la polizza di difesa legale civile e penale + rischio H.I.V.

☐ **Rinuncio** alla polizza di difesa legale di libera scelta del Patrocinante e del C.T. di parte

Compagnia Delegataria RC _____

☐ **R.C. Massimale €** _____ ☐ R.C. Massimale € _____ a II rischio

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

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...