

Modello adesione da inviare
a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
Per informazioni Tel. 02.91.98.33.11

ASSIMEDICI[®]
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

ASSISANITÀ[®]

Contraente

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

Tel. Abitazione

Cellulare

e-mail

Fax

Cod. Fiscale

Partita Iva

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Studio

Indirizzo

Cap

Città

Prov

Tel.

Fax

Aggiungo alla proposta la polizza di Tutela Legale allegando il modulo di adesione

Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Effetto

Scadenza

Prima rata

Totale RC

€

Totale garanzie accessorie

€

Totale Omnicomprensivo annuo

€

Pagamento:

Bonifico bancario: Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI Srl

IBAN: IT 11 Y 05584 01672 000000002500 - Causale: nome e cognome

Carta di Credito:

VISA

MASTERCARD

NR. _____

Scad. ____/____/____ 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 comunemente 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...



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

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - **Socio i.L.L.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association**



Proponente _____

Nato a _____ Prov. II | | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P. Iva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Iscrizione all'albo nr: _____ Provincia di: _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Indirizzo Studio _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Specializzato in: **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Attività esercitata: **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**
escluso assistenza al parto escluso interventi chirurgici

Atti invasivi si no Interventi chirurgici si no

Assistenza all'espletamento del parto si no

Compagnia : FONDIARIA SAI Assicurazioni

Massimale € 500.000 € 750.000 € 1.000.000 € 1.500.000

Effetto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ATTENZIONE: l'effetto deve essere l'ultimo giorno del mese, scadenza annuale

Il Proponente dichiara:

1. Di NON avere in corso altre Assicurazioni per gli stessi rischi da lui stesso stipulate
2. Di NON aver avuto polizze annullate per sinistri da altre società negli ultimi 5 anni
3. Di NON aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento o atti ad essa relativi in ordine a comportamenti posti in essere negli ultimi 5 anni anteriori alla compilazione della presente proposta
4. Di NON essere a conoscenza di fatti che possano far presumere il sorgere di una richiesta di risarcimento nei suoi confronti
5. Di essere a conoscenza che le garanzie di polizza NON comprendono gli interventi chirurgici
6. Di essere a conoscenza che risulta **ESCLUSA L'ASSISTENZA ALL'ESPLETAMENTO DEL PARTO**

Luogo e data _____

(Firma del Medico)



Il presente questionario non costituisce copertura assicurativa.

La Società ha il diritto di valutare (eventualmente dopo integrazioni) la proposta suindicata e si riserva di emettere polizza o di non accettarla.

Ai termini dell'art. 1887 del Codice Civile la presente proposta rimane ferma per 15gg. dalla data di consegna.

Qualora la polizza sia emessa le dichiarazioni rese nel presente questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data _____

(Firma del Medico)



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

ASSIMEDICI Srl

