

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

**ASSIMEDICI**<sup>®</sup>  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

**ASSISANITÀ**<sup>®</sup>

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 avvalorVi, 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 e 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...



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



# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) - ITALIA - Corso Libert , 53  
Telefono +39 059 7479111 - Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) - Capitale Sociale € 8.840.000,00 i.v. - Riserva Sovrapprezzo azioni € 6.760.000,00 i.v.  
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 - Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Societ  soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA - C. Fiscale e P. IVA 02983670361 - Capitale Sociale €121.814.366,00 i.v. - riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

## Medico Dentista - Odontoiatra

Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilit  civile professionale

### DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto gi  verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia gi  avuto percezione, notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilit  professionale, dichiarando altres  che i dati forniti rispondono a verit  e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

### ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale
Indirizzo	Iscritto all'albo di Dal

### ATTIVITA' SVOLTA

L'Assicurando dichiara di svolgere l'attivit� di (Crocettare)	Dipendente		Parasubordinato		Libero professionista	
In una struttura (Crocettare)	Pubblica		Accreditata		Privata	

### Con la seguente specializzazione:

e con la richiesta dei seguenti Massimali in € (CROCETTARE)

	750.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000
IGIENISTA DENTALE				
FORMULA YOUNG* esclusa implantologia				
FORMULA YOUNG* compresa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA esclusa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA compresa l'implantologia				
MEDICO DENTISTA, ODONTOIATRA compresa l'implantologia e l'insuccesso implantare				

**N.B.\*** FORMULA YOUNG - concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non pi  di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza

### ESTENSIONI DI GARANZIA

Crocettare  
X

#### Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA

Aumento del 25% del premio di tariffa

#### Estensione CHIRURGIA ESTETICA DEL TERZO INFERIORE DEL VISO: filler, botulino ed asportazioni di neoformazioni benigne

Aumento del 35% del premio di tariffa

Concedibile solo nei casi in cui la specializzazione dichiarata prevede l'implantologia

#### Estensione all'attivit  di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento

Aumento del 20% del premio di tariffa in caso di Dipendente - aumento del 100% del premio di tariffa in caso di Libero Professionista

Non concedibile se scelta la Formula YOUNG

Data \_\_\_\_\_ firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'Agenzia      codice Agenzia      Sostituisce polizza n.       Effetto



# ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €8.840.000,00 i.v. – Riserva Sovrapprezzo azioni €6.760.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale €121.814.366,00 i.v. – riserva sovrapprezzo 3.185.634,13 i.v.

## AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEgni BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO ANNUO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

## SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE
- INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

