Modulo di 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®

POLIZZA INFORTUNI GRAVI INVALIDITA'
COPERTURA 24 ORE SU 24

Contraente

Indirizzo

Cap Città Prov.

Tel. Abitazione Cellulare

e-mail Fax

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

Data di nascita | | | | Luogo di nascita Prov.

Ordine Medici di Iscrizione Nr. Associazione

Attività MEDICO Copertura 24 ore su 24
In caso di Invalidità Permanente accertata **non superiore al 30 % non viene liquidato alcun indennizzo.**
Nel caso di Invalidità Permanente accertata di grado **superiore al 30 % della totale, viene liquidato l'intero capitale assicurato.**

Capitale garantito per grave Invalidità Permanente o Morte	Importo annuo	Soluzione prescelta
€ 250.000,00	€ 300,00	Gold |__|
€ 500.000,00	€ 600,00	Platinum |__|
€ 1.000.000,00	€ 1.100,00	Exclusive |__|

Gli importi comprendono: diritti di emissione, premio lordo e consulenza

Effetto |___|___|_____| **Scadenza** |___|___|_____|

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Pagamento:
☐ **Bonifico bancario:** Banca Popolare di Vicenza - Filiale MIlano N.5 C/C intestato **ASSIMEDICI Srl**
IBAN: IT 31 F 05728 01604 633571142860 - Causale: nome e cognome
☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. |___|___|___|___|-|___|___|___|___|-|___|___|___|___|-|___|___|___|___| Scad. |___|___|/|___|___| CVV*|___|___|___|
*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Il Contraente dichiara:

☑ di aver ricevuto, o scaricato dal sito www.assimedici.it, prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento ISVAP n. 35/2010.

☑ di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

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) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi; 2) 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

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

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.87.18.19.05
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406
Capitale Sociale 50.000,00 i.v. - Iban Conto Separato IT31F0572801604633571142860

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

STEFFANO GROUP®