assiSANITÀ®

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

AGEVOLAZIONI riservate agli iscritti OMCeO Bologna

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
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Privata con libera professione
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria
☐ 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...

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
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/Cod. Fisc. 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*

STEFFANO GROUP®