ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

assiSANITÀ®

Modello di adesione da inviate a mezzo Fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni Tel 02.48.00.46.77

Contraente _____
Indirizzo _____
Cap _____ **Città** _____ **Pv** _____
Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____
e-mail _____ Fax _____
Cod. Fiscale |___|___|___||___|___|___||___|___|___|___|___||___|___|___|___||___|
Partita Iva |___|___|___||___|___|___||___|___|___|___|___|
Data di nascita |____||____||_____| **Luogo di nascita** _____ **Pv** ___

Specializzato in _____
Altra eventuale attività svolta _____

☐ Libero professionista
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Privata con libera professione
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Pubblica Full Time
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Extramuraria

Numero Iscrizione albo _____ **Provincia Iscrizione** _____

Ospedale _____
Reparto _____ Tel. _____
Studio indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Pv _____
Tel. Studio _____ Fax _____

- **Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del codice civile, l'assicurando dichiara di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi**
- **Negli ultimi tre anni ha ricevuto richieste di risarcimento danni, atti di citazione o è stato coinvolto in procedimenti penali o ha ricevuto richieste di relazioni mediche su fatti oggetto di richiesta danni o atto di citazione all'Ente Ospedaliero ?** ..... **SI** ☐ **NO** ☐
- **Altre assicurazioni personali in corso:** ..... **SI** ☐ **NO** ☐
  Compagnia _____ Num. _____
  Massimale _____ € Scadenza |_____||_____||_____|
- Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione ? ..... **SI** ☐ **NO** ☐
  Con quali motivazioni e da quali Compagnie? _____
  _____

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. |__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__| Scad. |__|__|/|__|__|CVV* |__|__|__|
* Ultime tre cifre del codice riportato sul retro della 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)

1928 - 2008... 80anni, una storia che continua...