

**MODULO DI ADESIONE**

da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.48.00.46.77

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Codice fiscale	Partita IVA
Residente a	CAP
Via	nr.
Tel.	Fax
Cellulare	e-mail
Ordine Medici di	Iscrizione Nr.
Specializzazione	
Associazione	
Ospedale/Studio	
Via	nr.
Città	CAP
Tel.	Fax

Titolare di polizza RC professionale personale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa
Massimale	Compagnia		
Copertura assicurativa aziendale per colpa grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa
Già titolare di polizza di tutela giudiziaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa
Massimale	Compagnia		

Massimale per sinistro senza limite per anno per vertenze penali	€ 30.000
Massimale per sinistro senza limite per anno per vertenze civili ed amministrative	€ 26.000
Quota associativa*	€ 120

Modalità di pagamento prescelta

con assegno allegato intestato a ASSIMEDICI

a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
IBAN IT54W055840167200000000612 Causale: ARITMIA (NOME E COGNOME)

con addebito sulla mia Carta di Credito CARTA VISA CARTA MASTERCARD

Nr. | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | | Scadenza | | | / | | | | CVV* | | | | |
(Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

* La quota associativa comprende la copertura assicurativa prescelta.

Il sottoscritto, avendo presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Tutela Giudiziaria del Medico e con la firma del presente modulo conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 cc) della Sua adesione alla polizza e alla associazione ARITMIA.

Specifichiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di effetto anche se il pagamento possa risultare antecedente alla stessa. Laddove la data del pagamento risultasse posteriore a quella di effetto, le garanzie decorreranno dalle ore 24 del giorno del pagamento ed invio della scheda di adesione a mezzo Fax. Per l'operatività delle garanzie è necessario che l'iscritto Medico compili, sottoscriva ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento.

Dichiaro di aver letto e ricevuto e/o scaricato dal sito internet dell'Associazione le Condizioni di polizza e la nota informativa relativa al trattamento dei miei dati personali. Le note informative e le condizioni sono scaricabili dal sito www.aritmia.eu/difesa legale.

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____ (firma)

ARITMIA

Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati
20123 Milano - Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.48.00.46.77 Fax 02.48.00.94.47 - info@aritmia.eu
nuovo sito internet www.aritmia.eu