assisanità®

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

POLIZZA INFORTUNI ALL RISK RISERVATA AI MEDICI
COMPRESO SUPERVALUTAZIONE DEGLI ARTI

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

Specializzazione

Morte da infortunio	Invalidità Permanente Tabella INAIL	Diaria da gesso	Diaria da ricovero e convalescenza	Spese mediche da infortunio	Importo annuo	Soluzione prescelta
€ 50.000	€ 100.000	===	===	€ 2.000	€ 200	Basic |_|
€ 100.000	€ 100.000	€ 25	€ 25	€ 2.000	€ 290	Standard |_|
€ 100.000	€ 150.000	€ 50	€ 50	€ 3.000	€ 400	Classic |_|
€ 100.000	€ 200.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 480	Silver |_|
€ 150.000	€ 300.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 670	Gold |_|
€ 200.000	€ 400.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 850	Platinum |_|
€ 250.000	€ 500.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 1.040	Diamond |_|
€ 500.000	€ 500.000	€ 100	€ 100	€ 10.000	€ 1.420	Exclusive |_|
€ 700.000	€ 700.000	€ 100	€ 100	€ 15.000	€ 1.950	V.I.P. |_|

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 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

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) 02.48.00.94.47
39100 Bolzano, Piazza Domenicani 13 - Tel. (+39) 0471.42.67.11 - Fax (+39) 0471.17.22.034
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*

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

STEFFANO GROUP®