

FISIOTERAPISTA

Polizza Tutela Legale **senza Scoperti né Franchigie**

Cognome - nome _____ cod. fiscale _____
 Indirizzo _____ cap _____ città _____
 Telefono _____ cell. _____ fax _____
 Iscritto all'Albo di _____ dal _____
 e-mail: _____
 L'Assicurato dichiara di svolgere l'attività c/o la struttura _____

GARANZIE

Compresa **Garanzia Postuma Illimitata**

1 **basic**

Art. 19

- **Procedimenti penali colposi** (lesioni arrecate ad un paziente)
- **Procedimenti penali dolosi** (compiuti intenzionalmente)
- **Civile Extracontrattuale** (chiamata in causa della Compagnia di Assicurazione R.C. Professionale senza sottolimiti di massimale)
- **Resistenza Sanzioni Amministrative** - compreso D. Lgs. 231/01

2 **plus**

Estensione PCON

basic + **Vertenze di lavoro dipendente** - Danno Erariale

MASSIMALE

per Sinistro senza limite annuo

Copertura	Euro	PREMI in Euro					
		A Dipendente Intramena	B Libero prof. Dip. Extramena	C Solo Libero Professionista			
1 basic	30.000	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	190	<input type="checkbox"/>	240
	50.000	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	230	<input type="checkbox"/>	300
2 plus	30.000	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>	270	<input type="checkbox"/>	-
	50.000	<input type="checkbox"/>	180	<input type="checkbox"/>	320	<input type="checkbox"/>	-

N.B. LA MANCATA COMPILAZIONE DI OGNI PARTE DEL PRESENTE MODULO, PRECLUDE L'EMISSIONE DELLA POLIZZA

ASSICURARSI


Premio Totale € _____

inviare proposta compilata e firmata **allegando:**

- **Attestazione di Pagamento**
- **Documento di Identità** • **Codice Fiscale**
- **Informativa alla Clientela**

▶ fax n. 02/48.01.22.95

▶ e-mail: assita@assita.com

 ai SENSI del **REGOLAMENTO IVASS** (ex I.S.V.A.P.) **N° 35 del 26 MAGGIO 2010**
Il Contraente e/o l'Assicurato dichiarano che prima della conclusione del presente contratto hanno ricevuto copia dei singoli documenti: **NOTA INFORMATIVA / GLOSSARIO - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - MODULO DI PROPOSTA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N° 196/03**, contenuti nel **FASCICOLO INFORMATIVO** e **INFORMATIVA alla CLIENTELA**. **Prendono inoltre atto che ASSITA è autorizzata all'incasso del premio ai sensi dell'art. 118 D. leg. 209/2005.**

sul c/c postale

N. **18453209** intestato ad **ASSITA S.p.A.**

Bonifico ad Assita S.p.A.

Coordinate Bancarie **IBAN**

Paese	Cin Eur	Cin	Abi	Cab	N° Conto	Banca
IT	08	L	02008	01606	000040178138	UNICREDIT BANCA
IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

data _____ Contraente / Assicurato **FIRMA** _____

Avvertenza. Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa ai sensi dei seguenti articoli del codice civile: art. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave), 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave).