

# INFERMIERE

## 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 <b>Garanzia Postuma Illimitata</b>	
<b>1 basic</b> Art. 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Procedimenti penali colposi</b> (lesioni arrecate ad un paziente)</li> <li>– <b>Procedimenti penali dolosi</b> (compiuti intenzionalmente)</li> <li>– <b>Civile Extracontrattuale</b> (chiamata in causa della Compagnia di Assicurazione R.C. Professionale senza sottolimiti di massimale)</li> <li>– <b>Resistenza Sanzioni Amministrative</b> - compreso D. Lgs. 231/01</li> </ul>		
	<b>2 plus</b> Estensione PCON	<b>basic + Vertenze di lavoro dipendente - Danno Erariale</b>	

MASSIMALE	Copertura	per Sinistro senza limite annuo	
		Euro	PREMI in Euro
		A	Dipendente
<b>1 basic</b>	30.000	<input type="checkbox"/>	115
	50.000	<input type="checkbox"/>	130
<b>2 plus</b>	30.000	<input type="checkbox"/>	160
	50.000	<input type="checkbox"/>	180

**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](mailto: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.	Paese	Cin Eur	Cin	Abi	Cab	N° Conto	Banca
Coordinate Bancarie <b>IBAN</b>	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).