

Polizza Tutela Legale

senza Scoperti né Franchigie ✕ per tutte le Specializzazioni

Medico Dipendente Intramena anche allargata

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

- **Procedimenti penali colposi** (lesioni arrecate ad un paziente)
- **Procedimenti penali dolosi** (compiuti intenzionalmente)
Compagnia risponde SOLO se il Medico è assolto
- **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

basic + Vertenze di lavoro dipendente - Danno Erariale

3 full

basic + plus + Tutela per indebito coinvolgimento del Medico
da parte del paziente anche in sede civile

MASSIMALE

per Sinistro senza limite annuo

PREMI in Euro

Copertura	Euro	PREMI in Euro	
		A	Dipendente Intramena
1 basic	30.000	<input type="checkbox"/>	115
	50.000	<input type="checkbox"/>	130
2 plus	30.000	<input type="checkbox"/>	160
	50.000	<input type="checkbox"/>	180
3 full	30.000	<input type="checkbox"/>	460
	50.000	<input type="checkbox"/>	520

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

➔ ai **SENSI** del **REGOLAMENTO ISVAP 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: FASCICOLO INFORMATIVO o GLOSSARIO - CONDIZIONI GENERALI di POLIZZA - MODULO DI PROPOSTA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N° 196/03 contenuti nel FASCICOLO INFORMATIVO e allegati 7/A e 7/B. PRENDONO INOLTRE ATTO CHE ASSITA È AUTORIZZATA ALL'INCASSO DEL PREMIO AI SENSI DELL'ART. 118 D. LEG. 209/2005.

Per assicurarsi il **Contraente Assicurato provvede**: al versamento del premio di Euro _____ imposte comprese, mediante uno dei pagamenti sottoindicati e **trasmette** per fax al n. **02/48.01.22.95** o e-mail **assita@assita.it** **questa pagina compilata, firmata e corredata dell'attestazione di pagamento.**

per pagare

c/c n. **18453209 ASSITA s.p.a.**

Bonifico: Assita SpA 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).