

800-237220

# Proposta INFORTUNI

PROFESSIONALE ed EXTRAPROFESSIONALE

- **Morte e Invalidità Permanente** con Supervalutazione
- **Contagio HIV**

N° **Z072665 /** \_\_\_\_\_

Durata **ANNI UNO** con Tacito Rinnovo  
Compagnia Zurich Insurance plc

## ASSICURATO

Cognome - nome \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_

➤ Iscritto all'Albo Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

MASSIMALI	GARANZIE		MASSIMALI
<input type="checkbox"/> € 500.000,00	←	Morte	→ <input type="checkbox"/> € 250.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> € 500.000,00	←	Invalidità Permanente	→ <input type="checkbox"/> € 250.000,00
<input type="checkbox"/> € 100.000,00	←	Contagio HIV	→ <input type="checkbox"/> € 50.000,00
<input type="checkbox"/> <b>€uro 850,00</b>	←	<b>PREMIO ANNUO LORDO</b>	→ <input type="checkbox"/> <b>€uro 400,00</b>
↓ <b>Detrazione Fiscale del 98%</b> sul premio imponibile e secondo aliquote e limiti previsti dalla normativa fiscale vigente			

➤  ai **SENSI** del **REGOLAMENTO IVASS 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.**

➤ Per **ASSICURARSI** l'Assicurato **provvede**

al versamento del premio di €uro \_\_\_\_\_ imposte comprese, mediante uno dei pagamenti sottoindicati e **trasmette** per fax al n. **02/48.01.22.95** o @-mail **assita@assita.it** **questa pagina compilata, firmata e corredata dell'attestazione di pagamento.**

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 \_\_\_\_\_ 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: artt. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave), 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave).