

Medico Chirurgo

Libero Professionista - Dipendente Extramania

Cognome - nome _____ cod. fiscale _____
 Indirizzo _____ cap _____ città _____
 Telefono _____ cell. _____ fax _____
 Iscritto all'Albo di _____ dal _____
 e-mail: _____ PEC _____
 DIRETTORE SANITARIO SI NO CAPO DIPARTIMENTO SI NO

Tutela in Sede Penale e Civile

GARANZIE

- In fase Stragiudiziale
- In ogni Fase e Grado di Giudizio
- In sede di Negoziazione/Mediazione
- Chiamata in causa della Compagnia di R.C. Professionale
- Resistenza Sanzioni Amministrative – compreso D. Lgs. 231/01 e GDPR EU 2016/679
- Vertenze di Lavoro Dipendente – Danno Erariale
- Compresa **Garanzia Postuma Illimitata** anche in caso di cessazione del Contratto
- Vertenze Contrattuali (escluso recupero crediti) con Pazienti / Strutture Sanitarie / Fornitori

ESTENSIONE: Continuità Assicurativa su Polizza Preesistente con altra Compagnia

MASSIMALE per Sinistro senza limite annuo	€	PREMIO ANNUO LORDO	
		<input type="checkbox"/>	€
Libero Professionista e Dipendente Extramania	31.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 570,00
	50.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 650,00
	70.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 750,00
Solo Libero Professionista	31.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 500,00
	50.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 550,00
	70.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 640,00

ASSICURARSI ➔ **Premio Totale €**

inviare proposta compilata e firmata allegando:

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

ai **SENSI** del **REGOLAMENTO IVASS N° 40** del **2 agosto 2018**
Il Contraente e/o l'Assicurato dichiara che prima della conclusione del presente contratto ha ricevuto copia dei singoli documenti: NOTA INFORMATIVA / GLOSSARIO - CONDIZIONI di ASSICURAZIONE - MODULO di PROPOSTA - QUESTIONARIO ADEGUATEZZA/COERENZA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. Lgs. N° 196/03, contenuti nel e
 ● Inoltre **autorizza** l'invio della documentazione anche tramite posta elettronica agli indirizzi indicati nel presente modulo

FAX 02 48.01.22.95
 e-mail assita@assita.com
 PEC assita@pec.assita.com

BONIFICO ASSITA S.p.A. **IBAN**

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO	BANCA
IT	11	Q	03111	01618	000000000919	UBI-BANCA - MI
IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

inviare proposta compilata e firmata allegando: ai **SENSI** del **REGOLAMENTO IVASS N° 40** del **2 agosto 2018**
Il Contraente e/o l'Assicurato dichiara che prima della conclusione del presente contratto ha ricevuto copia dei singoli documenti: NOTA INFORMATIVA / GLOSSARIO - CONDIZIONI di ASSICURAZIONE - MODULO di PROPOSTA - QUESTIONARIO ADEGUATEZZA/COERENZA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. Lgs. N° 196/03, contenuti nel e
 ● Inoltre **autorizza** l'invio della documentazione anche tramite posta elettronica agli indirizzi indicati nel presente modulo

FAX 02 48.01.22.95
 e-mail assita@assita.com
 PEC assita@pec.assita.com

BONIFICO ASSITA S.p.A. **IBAN**

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO	BANCA
IT	11	Q	03111	01618	000000000919	UBI-BANCA - MI
IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

Data _____ Firma Contraente / Assicurato _____