

Libero Professionista - Dipendente Extramena

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

compresa **Garanzia Postuma Illimitata**

- GARANZIE**
- **Procedimenti penali colposi** (lesioni arrecate ad un paziente)
 - **Procedimenti penali dolosi** (compiuti intenzionalmente) la 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 e GDPR EU 2016/679
 - **Vertenze di lavoro dipendente** - Danno Erariale
 - **Vertenze contrattuali con Pazienti / Strutture Sanitarie / Fornitori** (escluso recupero crediti)

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

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

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 _____ e
Prendono inoltre atto che ASSITA è autorizzata all'incasso del premio ai sensi dell'art. 118 D. Lgs. 209/2005.

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

sul c/c postale
 N. **18453209** intestato ad **ASSITA S.p.A.**

BONIFICO ASSITA S.p.A.	IBAN	PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO	BANCA
		IT	08	L	02008	01606	000040178138	UNICREDIT BANCA
	IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA	

Data _____ Firma Contraente / Assicurato _____