

**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
  - **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	30.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 670,00
	50.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 750,00
Solo Libero Professionista	30.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 600,00
	50.000,00 ➔	<input type="checkbox"/>	€ 650,00

**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 \_\_\_\_\_