

Libero Professionista

Polizza Tutela Legale senza Scoperti né Franchigie

Escluso categorie Mediche

Cognome - nome _____ cod. fiscale _____
 Indirizzo _____ cap _____ città _____
 Telefono _____ cell. _____ fax _____
 e-mail: _____
 L'Assicurato dichiara di svolgere l'attività di _____
 Iscritto all'Albo di _____ dal _____

GARANZIE

Compresa Garanzia Postuma Illimitata

1 basic

- **Procedimenti penali colposi** (lesioni arrecate ad un cliente)
- **Procedimenti penali dolosi** (compiuti intenzionalmente)
Compagnia risponde SOLO se il **Professionista** 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 full

basic + **Tutela per indebito coinvolgimento del Professionista** da parte del cliente anche in sede civile

MASSIMALE

per Sinistro senza limite annuo

PREMI in Euro

Copertura	Euro	C	Solo Libero Professionista
1 basic	30.000	<input type="checkbox"/>	190
	50.000	<input type="checkbox"/>	230
2 full	30.000	<input type="checkbox"/>	500
	50.000	<input type="checkbox"/>	550

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 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

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	11	Q	03111	01618	000000000919	UBI-BANCA - MI
IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

Data _____ Firma Contraente / Assicurato _____