assiSANITÀ®

Modello adesione da inviare
a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
Per informazioni Tel. 02.91.98.33.11

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____

e-mail _____ **Fax** _____

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita Iva | | | | | | | | | | | |

Data di nascita | | | | **Luogo di nascita** _____ **Prov.** _____

Studio _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ **Prov** _____

Tel. _____ **Fax** _____

Totale Tariffa € |_____|

Estensioni € |_____|

Totale Omnicomprensivo annuo € |_____|

Pagamento:

☐ **Bonifico bancario** presso la Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI Srl
IBAN: IT 11 Y 05584 01672 000000002500
Causale: (nome e cognome) Polizza Pediatra

☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Scad. |__|__|/|__|__| CVV*|__|__|__| *Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:
1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.
L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

dal 1928... una storia che continua...

Luogo e data _____ |__|__|__|__| _____
(Firma del Medico)

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**
Partita Iva/Cod. Fisc. 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011 - Capitale Sociale 50.000,00 i.v.
Iban Conto Separato IT11Y0558401672000000002500 - ***Socio i.L.l.c.a.*** *Italian Lloyd's Correspondents Association*

STEFFANO GROUP®

assisanità®

Modello adesione da inviare
a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
Per informazioni Tel. 02.91.98.33.11

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Contraente _____

Nato a _____ Prov. _____ Il |__|__|_____|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Io Sottoscritto ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 46, del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara di:

Essere medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale

Pediatra di libera scelta **Regione** _____
Codice Regionale |_____| **ASL di appartenenza** _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni ☐ **SI** ☐ **NO**

Se la risposta è SI dovrà essere indicata la compagnia precedente e il massimale assicurato.

Compagnia _____ Massimale |_____|

Massimale prescelto ☐ **500.000** ☐ **1.000.000** ☐ **1.500.000** ☐ **2.500.000**

Compagnia UNIPOL Assicurazioni SpA

Effetto 30/10/2011 Scadenza 30/10/2012

Estensioni Comprese nella tariffa

- **Polizza tutela legale max 25.000 € con estensione a contenziosi di natura amministrativa**
- **Polizza infortuni Caso Morte € 50.000 Invalidità Permanente € 80.000**

Estensioni Richieste

☐ **V**accinazioni obbligatorie /raccomandate G.U.87 del 15/04/99
☐ **V**accinazioni obbligatorie /raccomandate G.U.87 del 15/04/99 e successive modificazioni con estensione a tutte le vaccinazioni somministrate in età pediatrica
☐ **V**accinazioni estese a tutte le vaccinazioni somministrate in qualsiasi fascia d'età

☐ **A**ttività libero professionale con fatturato superiore al 20% delle competenze ASL

Luogo e data _____ |__|__|_____| _____
(Firma del Medico)

dal 1928... una storia che continua...