# ASSIPROFESSIONISTI

## Modello di adesione PERSONALE SANITARIO NON MEDICO
## da inviare a mezzo Fax allo 02.48.00.94.47
## per informazioni Tel 02.48.00.46.77

**Contraente** _____
**Indirizzo** _____
**Cap** _____ **Città** _____ **Pv** _____
**Tel. Abitazione** _____ **Cellulare** _____
**e-mail** _____ Fax _____
**Cod. Fiscale** |___|___|___||___|___|___||___|___|___|___|___||___|___|___|___||___|
**Partita IVA** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
**Data di nascita** |____||____||_____| **Luogo di nascita** _____ **Pv** ___

**Qualifica professionale** _____
☐ Libero professionista
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Pubblica Full Time
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria ☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Extramuraria
Iscrizione all'Associazione _____

**Ospedale** _____
Reparto _____Tel. _____
**Studio** indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Pv _____
Tel. Studio _____ Fax _____

**Altre assicurazioni personali in corso**: SI ☐ NO ☐ - Compagnia _____
Num. _____ Massimale _____ € Scadenza |____||____||_____|
Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo _____

**- Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia . SI ☐ NO ☐**
Se si quando |___|___|____| e indicarne il motivo _____
**- L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto .. . . . . SI ☐ NO ☐**
In caso affermativo allegare documentazione a riguardo
**- L'Assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine . . . . . .. SI ☐ NO ☐**

Compagnia Delegataria RC _____
☐ **R.C. Massimale €** _____ ☐ R.C. Massimale € _____ a II rischio
Effetto |____||____||_____| Scadenza annuale se non diversamente concordato (con tacito rinnovo)

**Totale annuo omnicomprensivo |_____|**
Pagamento: ☐ Bonifico bancario ☐ Assegno
☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐ VISA ☐ EUROCARD-MASTERCARD

Nr. |__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__| Scad. |__|__|/|__|__|CVV* |__|__|__|
* Ultime tre cifre del codice riportato sul retro della 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.

Luogo e data _____|___|___|_____| _____ (Firma)

1928 - 2008, 80 anni... una storia che continua...

Numero Verde 800-917333

**ASSIPROFESSIONISTI** è un marchio registrato **ASA BROKER STEFFANO**
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. 02.48.00.46.77** - Fax 02.48.00.94.47
**www.assiprofessionisti.it** - Iscrizione R.U.I. B000166657 - P.IVA 11633790156
*Socio i.L.l.c.a. Italian Lloyd's Correspondents Association*

STEFFANO GROUP ®