A. Na. M.
Associazione Nazionale
Massoterapisti
Massaggiatori ed Operatori Sportivi

care BROKER
Gruppo Care Holding S.p.A.

MODULO DI PROPOSTA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE

TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE (ESCLUSO OSTETRICHE)

da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Assicurato		Indirizzo	
Cap	Città		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.

Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.	
Associazione			
Attività			
Azienda		Indirizzo	
Cap	Citta		Prov
Tel.		Fax	

Dipendente Ospedaliero:

Massimale	Retro 2 Anni	Retro 5 Anni	Retro 10 Anni	Retro Illimitata
€ 2.000.000,00	☐ € 38,00	☐ € 44,00	☐ € 50,00	☐ € 65,00
€ 5.000.000,00	☐ € 44,00	☐ € 50,00	☐ € 60,00	☐ € 74,00

Libero Professionista:

Massimale	Retro 2 Anni	Retro 5 Anni	Retro 10 Anni	Retro Illimitata
€ 2.000.000,00	☐ € 38,00	☐ € 48,00	☐ € 55,00	☐ € 70,00
€ 5.000.000,00	☐ € 48,00	☐ € 60,00	☐ € 65,00	☐ € 80,00

☐ **Aggiungo** alla proposta la polizza di **Tutela Legale** **Massimale: € 30.000,00** **Premio: € 25,00**
☐ **Aggiungo** alla proposta la polizza di **Tutela Legale** **Massimale: € 50.000,00** **Premio: € 30,00**
☐ Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

☐ Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus** **Massimale: € 100.000,00** **Premio: € 25,00**
☐ Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus** **Massimale: € 200.000,00** **Premio: € 50,00**
☐ Rinuncio alla polizza **3Virus**

Effetto* |___|___|_____| **Scadenza** |___|___|_____|

*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

IMPORTO TOTALE **€**

Pagamento:
☐ Bonifico bancario: UBI Banca C/C **Assimedici Srl**
IBAN: IT68K0311101618000000004990 – Causale: nome e cognome

☐ 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.

Luogo e data _____ |___|___|_____| _____

(Firma del Contraente)