CONVENZIONE ANESTESITI

AgAdI
Associazione gli Amici di Ippocrate

MODULO DI ADESIONE
all'associazione AgAdI
comprensivo di polizza tutela legale
da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.91.98.33.11

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | |		Partita IVA | | | | | | | | | | |	
Residente a		Via	nr.
Tel.	Fax.	Cellulare	E-mail
Ordine		Iscrizione Nr.	
Specializzazione **ANESTESIA E RIANIMAZIONE**		Associazione	
Ospedale / Studio			
Città		Via	nr.
Tel.		Fax.	

MASSIMALE	**30.000**,00 Euro

Fino a 12.000 Euro per il primo grado di giudizio

Importo totale comprensivo di quota associativa e premio di copertura assicurativa

Dipendente ospedaliero colpa grave

☐ Medico chirurgo tutte le specializzazioni colpa grave (compresa intramoenia anche allargata) **70**,00* Euro

* Tariffa valida se sottoscritta contestualmente ad una polizza RC Professionale

Libero professionista

☐ Medico non specialista — Medico specialista — Medico di medicina generale — Medico del lavoro — Medico legale — **120**,00* Euro
che non effettuano interventi chirurgici e atti invasivi

* importo composto da premio annuo di polizza e quota associativa

☐ Medico non specialista — Medico specialista — Medico di medicina generale — **150**,00* Euro
che non effettuano interventi chirurgici con l'estensione agli atti invasivi
Odontoiatra *senza implantologia*

* importo composto da premio annuo di polizza e quota associativa

☐ Medico chirurgo tutte le specializzazioni — **290**,00* Euro
che effettua interventi chirurgici
Odontoiatra *con implantologia*

* importo composto da premio annuo di polizza e quota associativa

☐ Personale sanitario non medico — **50**,00* Euro

* importo composto da premio annuo di polizza e quota associativa socio

Effetto \| \| / \| \| / \| \| — L'effetto prescelto deve essere l'ultimo giorno del mese

Scadenza \| \| / \| \| / \| \| — La scadenza deve coincidere con la scadenza della polizza RC in essere

Modalità di pagamento prescelta

☐ a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI Srl
IBAN: I T 1 1 Y 0 5 5 8 4 0 1 6 7 2 0 0 0 0 0 0 0 0 2 5 0 0 Causale: PROPRIO NOME E COGNOME

☐ con addebito sulla mia Carta di Credito ☐ CARTA VISA ☐ CARTA MASTERCARD

Nr. \|__\|__\|__\|__\|-\|__\|__\|__\|__\|-\|__\|__\|__\|__\|-\|__\|__\|__\|__\| Scadenza \|__\|__\|/\|__\|__\| CVV* \|__\|__\|__\|

*Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito

Luogo e data_____ \|___\|___\|_____\| _____
Firma

Il Contraente del certificato dichiara:

☑ di aver ricevuto, o scaricato dal sito **www.agadi.it/tutela**, prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento ISVAP n. 35/2010.
☑ di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Luogo e data_____ \|___\|___\|_____\| _____
Firma

Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa; **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

Tariffa valida se sottoscritta contestualmente ad una polizza RC Professionale

AgAdI - Associazione gli Amici di Ippocrate
20123 - Milano - Via San Vincenzo, 3
Tel. 02.23.36.91.46 - Fax 02.93.65.04.46
www.agadi.it - info@agadi.it - Codice Fiscale: 97598570154