A.R.I.T.M.I.A.
Associazione Ricerca Italiana
Tutela Medici Ingiustamente Accusati

MODULO DI ADESIONE
all'associazione ARITMIA

comprensivo di polizza tutela legale
da inviare a mezzo fax allo 02.87.15.21.64
per informazioni 02.87.18.61.73

www.aritmia.eu

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Ordine / Collegio / Albo di _____ Iscrizione Nr. _____

Specializzazione / Attività _____ Associazione _____

Ospedale / Studio _____

Città _____ Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax. _____

Importo totale comprensivo di quota associativa e premio di copertura assicurativa

☐	Medico non specialista	**180**,00 Euro
☐	Medico di medicina generale	**180**,00 Euro
☐	Medico specialista dipendente ospedaliero compresa intramoenia	**290**,00 Euro
☐	Medico specialista libero professionista e/o dipendente ospedaliero in extramoenia	**390**,00 Euro

Effetto | | / | | / | | **Scadenza** | | / | | / | | |

L'effetto prescelto deve essere l'ultimo giorno del mese — La scadenza deve coincidere con la scadenza della polizza RC in essere

MASSIMALE	**€ 50.000,00**

Modalità di pagamento prescelta

☐ a mezzo Bonifico intestato ASSIMEDICI Srl
IBAN: IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990 - 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.aritmia.eu/tutela, prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento ISVAP n. 35/2010.
☑ di aver ricevuto, o scaricato dal sito www.aritmia.eu/tutela, prima della sottoscrizione del contratto l'estratto delle condizioni di polizza
☑ che negli ultimi tre anni è stato instaurato, in corso o concluso al massimo un procedimento penale o civile ai sensi delle garanzie di polizza e che non è a conoscenza di atti o fatti che potrebbero far supporre l'apertura di altri procedimenti.
☑ di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il dritto alla prestazione assicurativa.
☑ 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

ARITMIA Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati

ARITMIA
Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati
20123 Milano - Via San Vincenzo 3 - Tel. 02.87.18.61.73 Fax 02.87.15.21.64
info@aritmia.eu - **www.aritmia.eu** - Codice Fiscale 97399630157