

MODULO DI ADESIONE

Al Programma Assicurativo per i MEDICI PEDIATRI

2014/2015

DATI ASSICURANDO

COGNOME / NOME		CODICE FISCALE	
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITA' / COMUNE	CAP	PROV.
TEL. / CELL.	E-MAIL		
ISCRIZIONE ORDINE MEDICI DI	ISCRIZIONE N°	DATA ISCRIZIONE	
SPECIALIZZAZIONE	LIBERA SCELTA / AZIENDA SANITARIA		

"PRIMI 30 GG. Infortuni e Malattia" - POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICO SOSTITUTO

NUMERO ASSISTITI	MASSIMALE GIORNALIERO	PREMI per Adesioni dal 31/12/2014 al 30/06/2015 (scadenza polizza 31/12/2015)	PREMI per Adesioni dal 01/07/2015 (scadenza polizza 31/12/2015)	OGGETTO
<input type="checkbox"/> fino a 600	€ 90,00	€ 399,00	€ 239,00	La Compagnia corrisponde all'Assicurato che a causa di malattia o infortunio si trova nell'impossibilità di prestare la propria opera e abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL (nei modi e nei termini previsti dalla legge) e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'assicurato stesso a presentazione di copia della fattura di quietanza per avvenuto pagamento, rilasciatagli dal collega sostituto.
<input type="checkbox"/> da 601 a 1.000	€ 130,00	€ 499,00	€ 299,00	
<input type="checkbox"/> da 1.001 a 1.500	€ 165,00	€ 599,00	€ 359,00	
<input type="checkbox"/> oltre 1.500	€ 190,00	€ 699,00	€ 419,00	

POLIZZA "PLURIATTIVA INFORTUNI PROFESSIONALE" (annuale)

MASSIMALI	PREMI	GARANZIE SEMPRE COMPRESSE
A) Invalidità Permanente da Infortunio con Massimale di € 100.000,00	€ 80,00	<ul style="list-style-type: none"> Supervalutazione indennizzi per perdite e menomazioni parziali di arti superiori Supervalutazione indennizzi per perdite e menomazioni parziali di vista, udito e voce
B) Invalidità Permanente da Infortunio con Massimale di € 250.000,00	€ 190,00	
C) Invalidità Permanente da Infortunio con Massimale di € 100.000,00 + Rimborso Spese di Cura con Massimale di € 2.500,00	€ 130,00	
D) Invalidità Permanente da Infortunio con Massimale di € 250.000,00 + Rimborso Spese di Cura con Massimale di € 5.000,00	€ 255,00	

POLIZZA SPESE LEGALI

<input type="checkbox"/> Limite Massimo delle spese legali rimborsabili all'Assicurato per l'attività professionale: € 16.000,00 Premio: € 80,00

POLIZZA DI "RESPONSABILITA' PROFESSIONALE"

AVVISO PER I SOLI "PEDIATRI DI LIBERA SCELTA": Combinazione sconto "TWINS". In caso di sottoscrizione delle polizze "RC Professionale" + "Primi 30gg." Alliance Broker riconoscerà uno sconto sul premio della polizza RC Professionale.

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / LIBERO PROFESSIONISTA

MASSIMALE	PREMI ANNUALI	In abbinamento alla polizza "Primi 30 giorni" per adesioni fino al 30/06/2015	In abbinamento alla polizza "Primi 30 giorni" per adesioni dal 01/07/2015	CONDIZIONI
				Decorrenza richiesta per la polizza RCP
Soluzione concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni <input type="checkbox"/> € 520.000,00	€ 350,00	€ 310,00	€ 325,00	Forma dell'assicurazione: All-Risks/Claims Made Franchigia: Nessuna Retroattività: Nessuna R.C. Conduzione Studio max. € 110.000 First Opinion Sinistri (compreso) Medico in sostituzione (compreso)
<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	€ 570,00	€ 499,00	€ 539,00	Forma dell'assicurazione: All-Risks/Claims Made Franchigia: Nessuna Retroattività: Anni 5 Postuma: Anni 1 o fino a scadenza annualità R.C. Conduzione Studio max. € 500.000 First Opinion Sinistri (compreso) Medico in sostituzione (compreso)
<input type="checkbox"/> € 3.500.000,00	€ 690,00	€ 619,00	€ 659,00	

PEDIATRA DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA

MASSIMALE € 2.500.000,00	PREMI	CONDIZIONI
<input type="checkbox"/> Durata copertura assicurativa 12 mesi dal 31/12/2014 al 31/12/2015	€ 554,00	Forma dell'assicurazione: AllRisks/ClaimsMade Franchigia: Nessuna Retroattività: Anni 10 Postuma: Anni 10 First Opinion Sinistri (compreso)
<input type="checkbox"/> Durata copertura assicurativa 6 mesi dal 30/06/2015 al 31/12/2015	€ 284,00	

Le coperture assicurative avranno effetto dalle ore 24 del giorno nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, a condizione che il relativo premio sia versato entro lo stesso giorno, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Al totale complessivo dei premi delle coperture assicurative prescelte, pari ad €, (indicare l'importo complessivo delle coperture selezionate al quale sarà già stato applicato l'eventuale sconto "TWINS") dovrà essere aggiunto l'importo € 19,00 quali diritti di emissione e gestione del programma assicurativo per un totale complessivo di €.....

Il pagamento dovrà avvenire in unica soluzione e dovrà essere effettuato tramite Bonifico Bancario su IBAN IT 18 D 01010 76094 6152 9454 1697 a favore della Alliance Broker SpA presso Banco di Napoli.

L'assicurato dichiara di aver ricevuto le condizioni Generali di Assicurazione, facenti parte integrante del presente Modulo di Adesione, di averle lette e accettate in ogni loro parte e di accettare quanto previsto agli artt. 1341 e 1342 del c.c.

Data _____

Firma dell'Assicurato _____

L'assicurato dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ex Art. 13 D. Lgs. 163/2003 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

acconsento al trattamento dati non acconsento al trattamento dati

L'assicurato dichiara altresì di aver ricevuto l'Informativa precontrattuale prevista dall'art. 49 commi 1 e 2 del Regolamento Isvap n. 5 del 16/10/2006 e s.m.v.

Data _____

Firma dell'Assicurato _____

STAMPARE IL PRESENTE MODULO, COMPILARLO ED INVIARE A MEZZO FAX O E-MAIL AI SEGUENTI CONTATTI ALLEGANDO COPIA DEL BONIFICO BANCARIO

contatti ed informazioni:

Contatto Account Commerciale: Sig. _____

Uffici Assuntivi: Rodolfo Gaudiosi: tel. 0828.679022 - fax 0828.347713 o 0828/032616 - e-mail: r.gaudiosi@alliancebroker.it

Nico Contegiacomo: e-mail: n.contegiacomo@alliancebroker.it