

Scheda richiesta informazioni adesione copertura assicurativa S.I.ME.T/ Assimood Broker

Il sottoscritto/La sottoscritta

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo di residenza: _____

Cap: _____ Città: _____ Provincia: _____

Luogo e data di Nascita: _____ C.F.: _____

E-mail _____ Cell. _____

Richiede le informazioni per:

Opzione 1

Assicurato: singolo medico
Colpa grave dipendenti del settore pubblico e privato
Massimale: Eur 1.500.000
Franchigia: zero
Responsabilità solidale inclusa
Provisionale in sede penale inclusa
Extramoenia esclusa
Condizione speciale: Copertura assicurativa prestata in regime di esclusività per SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio
Premio lordo inclusivo del 10% di accessori € 350,00

Opzione 2

Assicurato: singolo medico
Colpa grave dipendenti del settore pubblico e privato
Massimale: Eur 3.000.000
Franchigia: zero
Responsabilità solidale inclusa
Provisionale in sede penale inclusa
Extramoenia esclusa
Condizione speciale: Copertura assicurativa prestata in regime di esclusività per SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio
Premio lordo inclusivo del 10% di accessori € 435,00

- Desidero inoltre ricevere informazioni in merito alla Polizza in Convenzione per la Tutela Legale Massimale/Categoria PREMIO:**
(CERCHIA QUELLA DI TUO INTERESSE)

€ 20.000/€ 150

€ 35.000/€ 170

€ 50.000/€ 190

Dichiarando di essere iscritto/a alla Sezione:

FASSID Area SIMET Provinciale/Regionale di: _____

FMT Sezione SIMET Provinciale/Regionale di: _____

SIMET Provinciale/Regionale di: _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente scheda in base al D. Lgs. 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679

Roma, li _____

Firma _____