



MODULO DI ADESIONE

da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.48.00.46.77

www.aritmia.eu

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Codice fiscale	Partita IVA
Residente a	
Via	nr.
Tel.	Fax
Cellulare	e-mail
E-mail	
Ordine Medici di	Iscrizione Nr.
Specializzazione	
Associazione	
Ospedale/Studio	Via nr.
Città	
Tel.	Fax

Titolare di polizza RC professionale personale SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale

Compagnia

Copertura assicurativa aziendale per colpa grave SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale

Compagnia

Già titolare di polizza di tutela giudiziaria SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale

Compagnia

Massimale per sinistro senza limite per anno per vertenze penali, civile ed amministrative	€ 30.000,00
Quota associativa*	€ 165

Modalità di pagamento prescelta

a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
IBAN IT54W0558401672000000000612 Causale: ARITMIA (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)

* La quota associativa comprende la copertura assicurativa prescelta.
Il sottoscritto, avendo presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Tutela Giudiziaria del Medico e con la firma del presente modulo conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 cc) della Sua adesione alla polizza e alla associazione ARITMIA.
Specificiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di effetto anche se il pagamento possa risultare antecedente alla stessa. Laddove la data del pagamento risultasse posteriore a quella di effetto, le garanzie decorreranno dalle ore 24 del giorno del pagamento ed invio della scheda di adesione a mezzo Fax. Per l'operatività delle garanzie è necessario che l'iscritto Medico compili, sottoscriva ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento. Dichiaro di aver letto e ricevuto e/o scaricato dal sito internet dell'Associazione le Condizioni di polizza e la nota informativa relativa al trattamento dei miei dati personali. Le note informative e le condizioni sono scaricabili dal sito www.aritmia.eu/tutelalegale.

Luogo e data _____ |__|_|_|_|_| _____ (firma)

ARITMIA

Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati

20123 Milano - Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.48.00.46.77 Fax 02.48.00.94.47 - info@aritmia.eu

nuovo sito internet www.aritmia.eu

ARITMIA Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati