www.doriaassicurazioni.com
numero verde 800.59.59.59

FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Agenzia Generale Roma 30437
Via Nomentana 761 – 00137 Roma
Tel. 06.86895944 – fax 06.8272038

SCHEDA DI ADESIONE da inviare via FAX al numero 06.8272038

Polizza Tutela Giudiziaria massimale € 26.000,00 per sinistro senza limite per anno
Premio annuo € 30,00 di cui imposte € 5,26

Per il perfezionamento della polizza e per l'operatività delle garanzie è necessario che il Medico compili ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento di € 30,00

Conto corrente Postale n. 99944001 intestato a Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc
Conto corrente Bancario n. 9534.80 ABI 1030/6 CAB 03218/5 CIN " F " Monte Paschi Siena Ag. 18
Causale: Polizza FNOMCeO NOME E COGNOME

Specifichiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dalle ore 24 del giorno in cui avrà effettuato il pagamento e trasmesso la scheda di adesione. La scadenza del contratto sarà 10/07/2007, prossima rata 10/07/2006

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____Città _____ Pv _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____ Fax _____

E-mail _____

Cod. Fiscale |__|__|__|-|__|__|__|-|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|

Data di nascita |_____|_____|_____| Luogo di nascita _____ Pv ____

Ospedale _____ Reparto _____

Nr. Iscr. albo _____ della provincia di _____

Specializzato in _____

Iscritto all'Associazione _____

|__| Dipendente Azienda Ospedaliera eslusa Intramuraria |__| con Intramuraria |__| con Extramuraria
|__| Medico del Servizio Sanitario Nazionale |__| Libero professionista

L'assicurando ha in corso polizza di Tutela Giudiziaria con Compagnia _____

Massimale € _____

Data versamento |___|___|20___|
Modalità di pagamento prescelta |__| A mezzo Bonifico |__| A mezzo Bollettino di C/c Postale

Nota informativa su Aurora e sul contratto : L'Assicurato dichiara di aver ricevuto , esaminato , preso atto , prima della stipula della presente polizza , della Nota Informativa (inserire il link al PDF ISVAP) di cui all'art. 123 del D.Lgs. n. 175/95.

L'Assicurato .....

Legge sulla Privacy : Preso atto dell'informativa (inserire il link al PDF Privacy) di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 l'Assicurato , persona differente dal Contraente , con la firma sotto apposta acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità assicurative.

L'Assicurato .....

L'Assicurato acconsente anche al trattamento e utilizzo dei propri dati personali per le finalità di informazione e promozione commerciale.

L'Assicurato .....

Il sottoscritto , avendone presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Aurora Assicurazioni n.71/32333451 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 FNOMCeO - Aurora Assicurazioni Spa Agenzia Generale di Roma 30437 con sede in Via Nomentana 761 - 00137 Roma
tel. 06.868.959.44 fax 06/82.72.038.

Approvazioni specifiche dell'Assicurato : Agli effetti degli Art. 1342 e 1343 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 5 decorrenza e durata del contratto; Art. 6 Disdetta ,recesso o anticipata risoluzione del contratto; Art. 9 insorgenza del caso assicurativo; Art. 10 Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale; Art. 11 Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa; Art.12 Gestione del caso assicurativo.

L'Assicurato..... Data e Luogo sottoscrizione |____|____|20____| .....