POLIZZA MANI MEDICHE

Agenzia Generale Roma 0437
Via Nomentana 761 – 00137 Roma
Tel. 06.86895944 – fax 06.8272038

SCHEDA DI ADESIONE da inviare via FAX al numero 06.8272038

Polizza MANI MEDICHE

Polizza mani mediche massimale euro 250.000,00 per sinistro
Premio Annuo euro 180,00
Conto corrente Postale: n. 99944001 intestato a Doria Giuseppe e Bellisario Paola snc
AG. GEN AURORA ASSICURAZIONI RM 30437
Conto corrente Bancario:
MONTE DE PASCHI DI SIENA AG. 18 DI ROMA☐☐Via Prati Fiscali 211 Roma ☐☐
IT 17 F 01030 03218 000000953480☐☐
INTESTATO A DORIA GIUSEPPE E BELLISARIO PAOLA SNC
Causale: Polizza MANI MEDICHE

Dichiarazioni dell'Assicurando:

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____Città _____ Pv _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____ Fax _____

E - mail _____

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

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

|__| Dipendente Azienda Ospedaliera esclusa Intramuraria |__| con Intramuraria |__| con Extramuraria

Specialista in .....

SINISTRI: il sottoscritto dichiara di avere / non avere avuto sinistri negli ultimi 3 anni. In caso affermativo specificare il numero e lo status attuale del sinistro.

Il sottoscritto , avendone presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Aurora Assicurazioni Mani Mediche e con la firma del presente modulo il conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art.1329 cc).

Informativa sul trattamento dei dati personali : Preso atto dell'informativa di cui all'art. 10 lex 31.12.96 n. 675 ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento , l'Assicurato , persona differente dal Contraente , con la firma sotto apposta acconsente al trattamento dei dati oppure l'Assicurato acconsente solo al trattamento e utilizzo dei dati per finalità e promozione commerciale solo di informazioni date dall'Assicuratore in merito a prodotti assicurativi .

L'Assicurato Acconsente al trattamento dei dati
Acconsente al trattamento dei dati

.....

L' Assicurato **non acconsente al trattamento dei dati , ma solo ad informazioni dell'Assicuratore per prodotti assicurativi**

.....

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 allegata alla polizza delle Condizioni di assicurazioni ai sensi dell'art. 123 del Decreto legislativo 17 marzo 1995 in conformità con quanto previsto dalla circolare ISVAP nr. 303 del 2 giugno 1997

L'Assicurato .....

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____| .....