

POLIZZA PENTA VIRUS HIV - EPATITE B/C - EBOLA – HANTAVIRUS COPERTURA PER CONTAGIO ACCIDENTALE SANITARIO RISERVATA A MEDICI E PERSONALE SANITARIO

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo 02.87.15.22.60 o via E-Mail: info@underwriting.it
Per informazioni tel. 02.87.19.83.47

Assicurato

Indirizzo

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____

E-mail _____ Fax _____

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Iscritto all'Ordine di _____ Iscrizione Nr. _____ Associazione _____

Professione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

CAPITALE ASSICURATO ☐ € 100.000,00 **Importo annuo € 30,00**

CAPITALE ASSICURATO ☐ € 200.000,00 **Importo annuo € 55,00**

Effetto | | | | | **Scadenza** | | | | |

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Pagamento:

☐ **Bonifico bancario:** Banco BPM – C/C Intestato **Underwriting Agency Sri**

IBAN: **IT 69 Y 05034 01610 0000 0000 3631** – Causale: nome e cognome

☐ **Carta di credito:** ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express

Nr. | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | |

Scad. | | | | / | | | | CVV* | | | | |

*Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

_____ il | | | | _____
Luogo e data della sottoscrizione

Il Proponente

Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia Generale AmTrust Assicurazioni S.p.A.

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. **+39 02.87.19.83.47** - Fax +39 02.87.15.22.60

Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27

www.underwriting.it - E-mail **info@underwriting.it** - PEC **info@underwritingpec.it**

Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016

