



L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni
Tel. 06 44292537/06 44292547 (orari 9.00/13.00 -14.00/18.00)
Sito www.prassibroker.it email rcpscudomedico@prassibroker.it

Modulo di richiesta di Adesione Polizza RC Terzi ed infortuni per medici frequentatori UnipolSai

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
nato a _____ provincia _____ nazione _____ il _____

RECAPITI

Indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Cellulare _____ telefono _____ fax _____
e-mail _____ e-mail pec _____
Attività: Medico frequentatore presso _____

Il Proponente chiede di aderire alla polizza "RCT ed infortuni" di UnipolSai alle seguenti condizioni

RC Terzi

Garanzie prestate	Massimale/premio annuo (comprese imposte) per garanzia
Massimale RC Terzi	500.000,00
Estensione RCT ai danni alle attrezzature di laboratorio	
Premio euro (comprese imposte)	160,00

valori in euro

Polizza infortuni

Garanzie prestate	Massimale/premio annuo (comprese imposte) per garanzia
Capitale caso morte	50.000,00
Capitale Invalidità permanente	50.000,00
Rimborso spese mediche	2.500,00
Beneficiari caso morte	
Estensione copertura alle malattie professionali	
Premio euro (comprese imposte)	160,00

valori in euro

Effetto e scadenza

Dalle ore 24 del _____ alle ore 24 del _____

Il sottoscritto/a _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 46, del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara:

Di accettare la sottoscrizione del presente contratto mediante vendita a distanza SI NO

Voler ricevere la documentazione contrattuale e le eventuali comunicazioni con le modalità qui di seguito indicate:

- in forma elettronica al seguente indirizzo email _____
- in forma cartacea e per posta all'indirizzo _____

È facoltà del contraente modificare in qualsiasi momento le modalità di invio e/o ricezione dei documenti scaricando l'apposito modulo dal sito www.prassibroker.it

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____





L'ASSICURAZIONE SEMPLICE E VELOCE

Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni
Tel. 06 44292537/06 44292547 (orari 9.00/13.00 -14.00/18.00)
Sito www.prassibroker.it email rcpscudomedico@prassibroker.it

Modulo di richiesta di Adesione Polizza RC Terzi ed infortuni per medici frequentatori UnipolSai

Trasmissione della documentazione

L'assicurato dovrà inviare a Prassi Broker s.r.l., la seguente documentazione compilata e sottoscritta:

- il presente modulo di adesione alla polizza
- copia della ricevuta del bonifico bancario predisposto presso : BPer Banca SpA
IBAN : **IT 42 V053 8714 4010 0003 5118 620**
causale: Polizza Frequentatori, Cognome e nome del cliente assicurato
conto intestato a: Prassi Broker s.r.l. (intermediario assicurativo iscritto Rui numero B000391094)

In mancanza totale o parziale dei suddetti documenti la copertura non avrà effetto.

L'assicurato potrà inviare tutta la documentazione:

- via fax al numero 06.44.23.38.95
- via email a rcpscudomedico@prassibroker.it
- via posta ordinaria a Prassi Broker s.r.l. Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni

Responsabile attività vendita a distanza

Il signor Daniele Pericoli, di Prassi Broker s.r.l., è responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione a distanza e potrà essere contattato all'indirizzo email info@prassibroker.it.

Il presente modulo è compilato previa visione degli allegati 3 e 4 e di tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018.

Il presente modulo è compilato previa visione degli allegati 3 e 4, del Set informativo del prodotto e di tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____

