

**"MODULO DI ADESIONE"**

Convenzione ad adesione volontaria Riservata agli iscritti Anaa  
Polizza Tutela Legale  
Il Rischio

Dati identificativi

**Il presente modulo di adesione forma parte integrante della  
polizza di assicurazione nr. 4666**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Specializzazione Medica \_\_\_\_\_ c/o Ente Osped. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Decorrenza dalle ore 24,00 del \_\_\_\_\_ Scadenza il 01/01/2026  
(v. avvertenze e obblighi)

Prestazioni prescelte

**Tutela Legale Il Rischio**

**Opzione 1- Massimale in eccesso al limite per sinistro previsto art. 1 Condizioni Particolari**

€ 75.000,00

Premio annuo lordo

€ 90,00

**Pagamento del premio**

Il pagamento del premio è stato corrisposto mediante bonifico bancario a:

**MEDICAL INSURANCE BROKERS SRL**

IBAN: IT26 105696 22900 000004645X29

Banca Popolare di Sondrio - Sede di Lecco

Causale: (nome, cognome, soluzione prescelta)

**ALLEGARE ALLA PRESENTE DISPOSIZIONE DI BONIFICO**

**Avvertenze e obblighi**  
(leggere con attenzione)

1. Il presente modulo è necessario per poter aderire alla Convenzione.
2. La copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno di valuta indicato nella disposizione di bonifico a condizione che lo stesso pervenga effettivamente quel giorno a MEDICAL INSURANCE BROKERS SRL.
3. Alla presente polizza possono aderire solo ed esclusivamente gli Associati regolarmente iscritti ad Anaa Assomed.

*Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 1892 ss.c.c.:*

che non ha avuto, negli ultimi tre anni - né sono in corso - procedimenti penali a suo carico;

che non ha avuto, negli ultimi tre anni - né sono in corso - vertenze di lavoro o richieste di risarcimento danni nei suoi confronti;

di non essere a conoscenza di atti o fatti che possano o abbiano potuto determinare l'insorgenza del caso assicurativo;

**Informative**

Con l'adesione conferisco mandato alla Società MEDICAL INSURANCE BROKERS SRL di intermediare il premio per le polizza assicurativa della quale richiedo l'emissione.

Confermo di aver ricevuto e preso visione del modulo allegato 3

Confermo di aver ricevuto e preso visione del modulo allegato 4

Confermo di aver ricevuto il Set Informativo di cui al regolamento IVASS n. 41 del 02 agosto 2018, relativo alla copertura di cui richiedo l'attivazione.

*Il Sottoscritto dichiara di conoscere la polizza di tutela legale n. 82.0004371 contratta da ANAAO-ASSOMED*

**MEDICAL**  
INSURANCE BROKERS

 DHD | DOCTOR  
HELP DESK

 ANAAO ASSOMED  
ASSOCIATI

LECCO | Lungolaro Cesare Battisti, 15 23900 Lecco LC T. 0341 287278  
MILANO | Via Domenico Scarlatti, 27 20124 Milano MI  
ROMA | BOLOGNA | TORINO | NAPOLI  
www.morgantibrokers.it — www.medicalbrokers.it

**Conferma autorizzazione al trattamento dei dati personali (679/2016/EU - GDPR)**

*Il Sottoscritto AUTORIZZA Medical Insurance Brokers Srl al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei propri dati personali per finalità di gestione amministrativa della convenzione.*

Accetto

Non Accetto

**Il Sottoscrittore del certificato**  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_ (data e firma)