

RICHIESTA DATI PER PROPOSTA ASSICURATIVA PER SPECIALIZZANDI

RIVALSA - COLPA GRAVE - SARA

Cognome		Nome		Cod. Fisc.	
Residente in	Prov.	Via	N°Civ.	C.A.P.	
Domiciliato in	Prov.	Via	N°Civ.	C.A.P.	
Tel. Mobile	Recapito mail :				
Tel. Fisso	Iscritto Ordine Prov. di :		Con n°.		
Nascita Luogo	Nascita Data		Prov.		
Specializzazione	U.O.C.				
Azienda	Policlinico				
Città lavoro	(Prov.)	C.A.P.	Tel. lavoro		
<input type="checkbox"/> Medico SPECIALIZZANDO in Corso di Specializzazione di _____					
<input type="checkbox"/> Al primo anno di corso		<input type="checkbox"/> Al secondo anno di corso			
<input type="checkbox"/> Al terzo anno di corso		<input type="checkbox"/> Al quarto anno di corso			
<input type="checkbox"/> Al quinto anno di corso					
Data INIZIO copertura Assicurativa ⁽¹⁾			Data FINE copertura Assicurativa ⁽¹⁾		
<input type="checkbox"/> Polizza in Convenzione con CoAS prescelta SARA					
Precedenti assicurativi con il gruppo SARA ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
L'Aderente/Assicurato è stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi dieci anni, per un importo superiore a cinquemila €: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Indicare se l'Aderente, negli ultimi dieci anni, ha ricoperto il ruolo di Medico Dipendente o Convenzionato presso un'Azienda Sanitaria, così come definita in Polizza: <u>Struttura PUBBLICA</u> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ; <u>Struttura PRIVATA</u> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
L'Aderente ha avuto una posizione assicurativa con SARA negli ultimi dieci anni ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Se la risposta precedente è affermativa, indicare : il numero di Polizza: _____					
SPECIALIZZANDI	MASSIMALI PER COLPA GRAVE		Fino a 2 milioni di Euro		

PROPOSTA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE DAS

MASSIMALI	Fino a 50.000 Euro
PREMI	€ 135

(1) : Può essere solo il primo o ultimo giorno di ogni mese;

(2) : I fascicoli informativi delle polizze Resp. Civ. Prof. "Colpa Grave" SARA e Tutela Legale DAS sono scaricabili da www.coasmedici.it

(3) : Compilando ed inviando questo foglio,

l'Iscritto CoAS riceverà i moduli di sottoscrizione delle polizze già pre-compilati nella casella di posta elettronica indicata, con le relative istruzioni per effettuare i versamenti confirmatari.