

**RICHIESTA DATI PER PROPOSTA ASSICURATIVA  
DI TUTELA LEGALE PER NEO-ISCRITTO AL COAS MEDICI DIRIGENTI**

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				Pres.Osp.									
Città lavoro				(Prov.)		C.A.P.				Tel. lavoro			
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico DIPENDENTE PUBBLICO				<input type="checkbox"/> Medico DIPENDENTE Struttura PRIVATA									
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico con attività Ginecologico-Ostetrica.													
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico con attività Chirurgica, Anestesiologica e Rianimatoria													
<input type="checkbox"/> Dirigente Medico con attività NON-Chirurgica				<input type="checkbox"/> Medico Ambulatoriale Convenzionato interno.									
<input type="checkbox"/> Dirigente Biologo				<input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica/Specializzando.									
Data INIZIO copertura Assicurativa						Data FINE copertura Assicurativa							

IL DOTT. \_\_\_\_\_ (come sopra indicato),  
**ISCRITTO** al **CoAS Medici Dirigenti** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con modulo protocollato presso la  
propria Azienda Sanitaria con il n° \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia modulo protocollato)  
**CHIEDE al CoAS Medici Dirigenti di attivare a suo nome una Polizza di Tutela Legale offerta in  
promozione ai Neo-Iscritti secondo i massimali sotto indicati.**

Il Neo-Iscritto che desidera accendere questa polizza di Tutela Legale si impegna, firmando il presente  
modulo, a mantenere l'adesione al **CoAS Medici Dirigenti** attiva almeno fino a Gennaio 2021.

\_\_\_\_\_  
*Luogo e data*

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma*

**PROPOSTA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE DAS IN PROMOZIONE PER I NEO-ISCRITTI**

MASSIMALI	Fino ad <b>25.000 Euro</b> <input type="checkbox"/>	Fino a <b>35.000 Euro</b> <input type="checkbox"/>	Fino a <b>50.000 Euro</b> <input type="checkbox"/>
PREMI	<b>Gratuita</b>	<b>€ 38,00</b>	<b>€ 67</b>

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 proseguire nell'attivazione delle polizze.  
Indicare il taglio di polizza, massimale prescelto, apponendo una croce sulla casella al fianco della cifra indicante il premio.