



MGM BROKER



RISERVATA  
AGLI ISCRITTI  
E.N.P.A.M.

**MODULO ADESIONE POLIZZA HIV / Epatite B e C**  
CONTAGIO ACCIDENTALE SANITARIO PER MEDICI ED OPERATORI SANITARI

Da compilare ed Inviare a mezzo fax allo 06.96708830 o a mezzo email a info@mgmbroker.com

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

	GOLD	PLATINUM	DIAMOND	VIP	EXCLUSIVE
Soluzione prescelta	<input type="checkbox"/>				
Garanzia HIV e Epatite B e C	100.000,00	200.000,00	300.000,00	400.000,00	500.000,00
Importo totale annuo	€ 65,00	€ 90,00	€ 115,00	€ 200,00	€ 300,00

\*Gli importi comprendono la quota associativa e compenso per consulenza ed assistenza

- Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso prima della sottoscrizione il fascicolo informativo della polizza di cui al Regolamento IVASS n. 35/2012
- Dichiaro di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. N. 194/2003
- Dichiaro di non essere fra i soggetti non assicurabili come indicato all'Art. 13 Condizioni particolari di assicurazione

**Pagamento:**

Bonifico bancario: Banca Popolare di Sondrio AG. 25 di Roma  
C/C intestato a Mgm Broker Srl  
IBAN: IT 10 A 05696 03225 000002434X54 - Causale: nome e cognome

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze 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 e i loro agenti. 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 consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | Firma del Contraente \_\_\_\_\_

MGM BROKER Srl  
Via Ferdinando di Savoia 3, 00196 Roma  
Tel. (+39)06 8551935 - Fax (+39)06 96708830  
www.mgmbroker.com - Email: info@mgmbroker.com  
Iscrizione RUI B000294189 del 02/03/2009



MGM BROKER

## MODULO ADESIONE POLIZZA HIV / Epatite B e C

CONTAGIO ACCIDENTALE SANITARIO PER MEDICI ED OPERATORI SANITARI

Nome e Cognome .....

Codice Fiscale |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

Partita IVA |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

Data di Nascita |.....|/|.....|/|.....|.....| Luogo di nascita..... Prov .....

Professione (solo professioni sanitarie) .....

Iscritto all'ordine/collegio di .....Num. Iscr.....

Indirizzo .....

Cap ..... Città .....Prov .....

Il Sottoscrittore dichiara

- Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso prima della sottoscrizione il fascicolo informativo della polizza di cui al Regolamento IVASS n. 35/2012
- Dichiaro di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. N. 196/2003
- Dichiaro di non essere tra i soggetti non assicurabili come indicato all'Art. 13 Condizioni particolari di assicurazione

### SOLUZIONE PRESCELTA

#### Garanzia HIV e EPATITE B e C:

<input type="checkbox"/>				
€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 300.000,00	€ 400.000,00	€ 500.000,00

EFFETTO\* |.....|/|.....|/|.....|.....|

\*L'effetto deve essere l'ultimo giorno del mese prescelto la scadenza 365 giorni dopo

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il sottoscrittore alla stipulazione della polizza d'assicurazione.

Qualora la polizza sia emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.

Il sottoscrittore riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Se tra la data di compilazione della presente Proposta-Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Proponente si impegna a darne tempestiva comunicazione.

Luogo e data ..... |.....|/|.....|/|.....|.....|

Firma del Contraente.....

