

## RICHIESTA DATI PER PROPOSTA ASSICURATIVA

COLPA GRAVE - AM TRUST

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 <sup>(1)</sup>			Data FINE copertura Assicurativa <sup>(1)</sup>		
N° della polizza in Convenzione con CoAS prescelta				<input type="checkbox"/> <b>IITDMM18B0001761200000</b>	
Precedenti assicurativi con il gruppo Am Trust ?				<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 AmTrust negli ultimi dieci anni ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Se la risposta precedente è affermativa, indicare : il numero di Polizza: _____					
la data di prima adesione: ____ / ____ / _____, la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: ____ / ____ / _____					
<b>MASSIMALI</b>		Fino ad <b>1</b> milione di Euro		Fino a <b>2</b> milioni di Euro	
GINECOLOGI ED OSTETRICI		<sup>(2)</sup> € <b>365</b> <input type="checkbox"/> 300		€ <b>396</b> <input type="checkbox"/> 331	
CHIRURGHI		€ <b>340</b> <input type="checkbox"/> 275		€ <b>369</b> <input type="checkbox"/> 304	
ANESTESISTI RIANIMATORI		€ <b>340</b> <input type="checkbox"/> 275		€ <b>369</b> <input type="checkbox"/> 304	
MEDICI CON MAN. INVASIVE		€ <b>340</b> <input type="checkbox"/> 275		€ <b>369</b> <input type="checkbox"/> 304	
MEDICI SENZA MAN. INVASIVE		€ <b>319</b> <input type="checkbox"/> 254		€ <b>346</b> <input type="checkbox"/> 281	
SPECIALIZZANDI		€ <b>166</b> <input type="checkbox"/>		€ <b>180</b> <input type="checkbox"/>	
BIOLOGI SENZA FECOND. ASSIST.		€ <b>162</b> <input type="checkbox"/> 97		€ <b>208</b> <input type="checkbox"/> 143	

PROPOSTA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE DAS

<b>MASSIMALI</b>		Fino ad <b>25.000</b> Euro		Fino a <b>35.000</b> Euro		Fino a <b>50.000</b> Euro	
<b>PREMI (3)</b>		<b>€ 190</b> (155 x Iscritti CoAS)		<b>€ 217</b> (182 x Iscritti CoAS)		<b>€ 237</b> (202 x Iscritti CoAS)	

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

(2) : Ai Premi indicati nella Tabella della Colpa Grave (Am Trust), il neo Assicurato, iscritto al CoAS, deve sottrarre 65 € che saranno aggiunti da CoAS in fase di acquisto della polizza.

(3) : Per ogni Tutela Legale il CoAS parteciperà con 35 €.

(4) : I fascicoli informativi delle polizze Resp. Civ. Prof. "Colpa Grave" e Tutela Legale DAS sono scaricabili da [www.coasmedici.it](http://www.coasmedici.it)

(5) : 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.