

**RICHIESTA DATI PER PROPOSTA ASSICURATIVA PER ISCRITTI AL**

INVIARE IL FOGLIO COMPILATO A [segreteria@coasmedici.it](mailto:segreteria@coasmedici.it)

L'ISCRITTO RICHIEDE PREVENTIVO PER ATTIVAZIONE DELLE SEGUENTI POLIZZE :



Per Accendere una Polizza di RIVALSA - COLPA GRAVE - AM TRUST *EXTRA* per il Medico Dipendente.

Per Accendere una Polizza AM TRUST MEDICO PROTETTO per COLPA GRAVE & COLPA in EXTRAMOENIA

**NECESSARIO PREVENTIVO PERSONALIZZATO**

Cognome		Nome					
Codice Fiscale							
Residente in via		N°.Civ.	Città.		Prov. C.A.P.		
Domiciliato in via		N°.Civ.	Città.		Prov. C.A.P.		
Tel. Mobile		Recapito mail :					
Tel. Fisso		Iscritto Ordine Prov. di :			Con n°.		
Nascita Luogo		Nascita Data :			Prov.		
Specializzazione esercitata in Ospedale							
<b>Specializzazione esercitata in Extra Moenia :</b>							
Azienda		U.O.C.					
Città lavoro		Prov.	C.A.P.	Tel. lavoro			
Assunto a: <input type="checkbox"/> tempo determinato <input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> specializzando							
<b>Può iscriversi al CoAS con trattenuta mensile di 18,08 € ?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Data INIZIO copertura Assicurativa <sup>(1)</sup>			Data FINE copertura Assicurativa <sup>(1)</sup>				
Polizza in Convenzione con CoAS prescelta <b>Am Trust Extra</b> <input type="checkbox"/>							
Precedenti assicurativi con il gruppo Am Trust ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Se la risposta precedente è affermativa, indicare : il numero di Polizza: _____							
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 <input type="checkbox"/> ; <u>Struttura PRIVATA</u> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
<b>Am Trust Extra</b>		Massimali		1 mln.	2 mln.	3 mln.	5 mln.
R.C.P. Colpa Grave x Dirig. Medico Ginecologo ed Ostetrico				365 €	395 €	415 €	440 €
R.C.P. Colpa Grave x Dirig. Medico <b>esclusa</b> attività di Ginecologia ed Ostetricia				<b>320 €</b>	345 €	365 €	385 €

OPZIONI AGGIUNTIVE FACOLTATIVE					
• Retroattività Illimitata	<b>inclusa</b> attività di Ginecologia ed Ostetricia	+ 35 €	+ 40 €	+ 45 €	+ 45 €
	<b>esclusa</b> attività di Ginecologia ed Ostetricia	+ 30 €	+ 35 €	+ 35 €	+ 35 €

AM TRUST EXTRA + OPZIONE DIPENDENTE PUBBLICO <b>PLUS</b> - SOTTOLIMITE 500.000 €	
o Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile	CON RETROATTIVITÀ 10 ANNI compresa = + 400 €
o Condanna in solido con la Struttura in sede civile	CON RETROATTIVITÀ ILLIMITATA = + 440 €
o Condanna al pagamento di provvisionale in sede penale	

PROPOSTA ASSICURATIVA TUTELA LEGALE S.p.A.(PER PAGARE LE PRESTAZIONI LEGALI A PROPRIA DIFESA)

MASSIMALE Unico	<b>50000 € per sinistro</b>	Numero di sinistri illimitato nell'anno.
<b>PREMIO</b>	<b>215 €</b>	

L'iscritto CoAS, qualora fosse d'accordo sulla accensione delle polizze sopraindicate, riceverà i moduli di sottoscrizione delle polizze pre-compilati nella casella di posta elettronica indicata, con le relative istruzioni per effettuare i versamenti necessari all'attivazione.

- Il **BONUS** concesso al Neo-Iscritto per il primo anno, È di **320,00 €** solo se il Neo-Iscritto può autorizzare l'Azienda ad una **trattenuta mensile** per l'iscrizione al **CoAS Medici**. Dopo l'anno di prima iscrizione, il **BONUS** concesso annualmente agli Iscritti è complessivamente di **65,00 euro** per Tutela Legale SpA.
- Per i Colleghi già iscritti che abbiano già le polizze proposte, il bonus annuale rimane fissato in 50 € per la Colpa Grave + 50 € per Tutela Legale.