

SCHEDA ADESIONE ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA AI CASI DI COLPA GRAVE

POLIZZA LLOYD'S

Periodo di copertura : 12 mesi dalle ore 24:00 della data di adesione / scadenza polizza in essere

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a Via.....

CAP n. civico..... telefono

email :

In servizio presso l'Unità Operativa di **MEDICINA ALTO VICENTINO**

..... **ULSS 7 PEDEMONTANA**
dell'Ulss....., quale appartenente alla sotto specificata categoria:

CATEGORIA / RUOLO : PERSONALE SANITARIO	PREMIO ANNUO LORDO : € 42,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	

PRESO ATTO

delle condizioni normative della polizza sopra richiamata e riassunte nella nota informativa qui allegata;

Massimali : Euro **1.000.000** **10 anni**
.....per sinistro con retroattività'

DICHIARA

di voler aderire alla copertura assicurativa Lloyd's " Polizza rivalsa per colpa grave" anno 2018;

Il/La sottoscritto/a ha provveduto al pagamento del premio mediante

Bonifico Bancario IBAN DOMUS MEDICA SERVIZI: IT68Z0572860750025571204694

Assegno Contante Bancomat/Carta di credito

in data 31/12/2017

Decorrenza: Periodo Annuo dal 31/12/2017 al 31/12/2018

La presente adesione costituisce, a tutti gli effetti, documento contrattuale.

Data

Il Proponente

28/12/2017

firma 

Inviare la scheda compilata a:

Domus Medica Servizi c/o Ospedale Alto Vicentino Via Garziere 42 36014 Santorso (VI) Tel. 0445576049
Fax 0445501951 e mail : info@domusmedicaservizi.it