

Scheda adesione a Convenzione RSMO Cassa Sanint

Dati personali del Medico Iscritto ACMI:

Nome /Cognome _____
Codice fiscale _____
Indirizzo _____
Cap _____ Città _____
Tel. _____ Fax. _____ e-mail _____

Chiede l'inclusione nella polizza rimborso spese mediche di se e dei propri famigliari
come di seguito indicato

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale
		Medico Caponucleo	
		Coniuge/Conv more uxorio	
		Figlio/a	
		Figlio/a	
		Figlio/a	

Dichiarazioni

A) Dichiaro che **sono** attualmente assicurato con polizza Rimborso Spese Mediche n. _____ della Compagnia Assicuratrice _____ in scadenza il prossimo _____ e che la stessa non è stata disdettata dall'Assicuratore per sinistro.

B) Dichiaro che **non sono** attualmente assicurato con altra polizza Rimborso Spese Mediche

C) Dichiaro di aver preso visione del Regolamento ACMI e della Convenzione n. 1005545 Sanint opzione C Completa, cui ha aderito ACMI a favore dei propri associati.

Data _____

Firma _____

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dal Decreto Legge 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni, acconsento al trattamento per tutti i dati qui forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può aver luogo senza la comunicazione dei dati personali alla Compagnia e a Marsh S.p.A.

Data _____

Firma _____

Costi collegati al quadro sinottico C completa con massimale da ricovero Illimitato.

- **Nucleo familiare Euro 1.740,00**
- **Single Euro 1.290,00**

VI PREGHIAMO DI CONTATTARE I NOSTRI UFFICI 010581004 PER LE MODALITA' DI PAGAMENTO

Nota Bene: Verranno respinti i moduli diversi dal presente, quelli compilati in modo inesatto o incompleto. In quanto necessitiamo di tutti i dati richiesti nel presente modulo.