

**Assicurazione per Malattia**  
*in favore dei Medici Pediatri di Libera Scelta Convenzionati con il SSN*

**Modulo di Adesione alla Polizza Malattia Pediatri di libera scelta  
primi 30 giorni malattia stipulata con la Compagnia Zurich**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
richiede, con la presente, l'adesione al contratto assicurativo Polizza Malattia primi 30 giorni stipulata con la Compagnia Zurich sulla base di quanto dichiarato nel seguente modulo di adesione, da me sottoscritto e firmato per conferma, che invio in allegato.  
Si allega inoltre copia del bonifico bancario (da effettuare e comunicare entro 15 giorni dall'invio della presente adesione, secondo le modalità previste al successivo Punto 4), che attesta l'avvenuto pagamento del premio lordo totale ammontante a;  
Euro \_\_\_\_\_ (calcolato secondo quanto indicato al successivo punto 1)

**BENEFICIARIO:**  
**Caruso Giovanna**

**CREDITO SICILIANO (Gruppo Credito Valtellinese)**  
Coordinate IBAN: IT 20 W 03019 83860 000000001020

**Indicando nella Causale:**  
Pagamento polizza malattia primi 30 giorni - **Convenzione C.I.Pe.**  
Oppure

**BANCO DI SICILIA**  
Coordinate IBAN: IT 84 U 01020 32974 062258582933

**Indicando nella Causale:**  
Pagamento polizza malattia primi 30 giorni - **Convenzione C.I.Pe.**

**DATI DELL'ASSICURATO**

ISCRITTO CIPe SI  NO  (Barrare la Casella che interessa)

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo studio via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Codice Regionale \_\_\_\_\_

( Se preferisce essere contattato presso altro indirizzo specificare il recapito )

Indirizzo recapito postale via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### PUNTO 1 - MODALITA' DI CALCOLO DEL PREMIO ASSICURATIVO

Il premio assicurativo è pari allo 0,39% annuo delle voci stipendiali specificate nell'ACN 2009 della pediatria di famiglia di cui all'art. 58 lettera A commi 1) e 9).

Per il calcolo del premio annuo, è sufficiente moltiplicare per il rispettivo coefficiente fisso di seguito indicato il numero di assistiti sia in totale che da zero a sei anni di età e sommare i risultati ottenuti.

Il numero di assistiti in carico deve essere quello indicato nell'ultima busta paga percepita prima della stipula della assicurazione (salvo eventuale conguaglio a fine anno del numero annuo di assistiti divisi in dodicesimi)

ASSISTITI	N°	per	COEFFICIENTE FISSO	eguale	TOTALI
Assistiti totali		X	0,33	=	
Assistiti da 0 - 6 anni		X	0,05	=	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO</b>					

IL MEDICO - Pediatra **NON ISCRITTO alla C.I.Pe.** deve aggiungere al premio calcolato dello 0,39% sulla somma indicata, di cui all'art. 58 lettera A commi 1) e 9), l'ulteriore somma, una tantum, di € 100 per spese di gestione della Adesione alla Polizza ASSICURATIVA primi 30 gg malattia.

**Tale somma non e' dovuta dagli iscritti alla CIPE**

### PUNTO 2 – MODALITA' DI INVIO DEL CONTRATTO

Il presente modulo di richiesta adesione al contratto assicurativo Polizza Malattia primi 30 giorni stipulata con la Compagnia Zurich, debitamente firmato e compilato, deve essere inviato:

1. o a mezzo Posta Elettronica ordinaria con ricevuta di conferma di avvenuto recapito;
2. o a mezzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata)  
al seguente indirizzo Email: [polizzapediatricipe@gmail.com](mailto:polizzapediatricipe@gmail.com)
3. o a mezzo fax al n. +39 095 7715833.

### PUNTO 3 – INFORMAZIONI

**Per ogni informazione sulla adesione, sulle pratiche di sinistro e sull'invio della documentazione rivolgersi a:**

**ASSICREDIT INSURANCE BRK SRL**

- **Responsabile per la Polizza Pediatri CIPE:**

**Giovanna Caruso (Consulente Assicurativa) >>>**

- >>> Indirizzo e Recapiti Telefonici di Riferimento:

**Caruso Giovanna**

Via Caracciolo, 11, 95031 Adrano - Catania

Tel. +39 095 7693423 Fax +39 095 7715833

Indirizzo Email : [polizzapediatricipe@gmail.com](mailto:polizzapediatricipe@gmail.com)

**PUNTO 4 – MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Dichiaro di voler effettuare il pagamento del premio della polizza con le seguenti modalità :

(barrare la modalita' richiesta - barrare una sola casella )

- Premio Unico Annuale , pagabile a mezzo Bonifico Bancario
- Premio diviso in due rate semestrali , pagabili a mezzo Bonifico Bancario
- Premio diviso in quattro rate trimestrali , pagabili a mezzo Bonifico Bancario
- Premio diviso in dodici rate mensili , pagabili a mezzo Bonifico Bancario

**N.B.**

*La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 del giorno di invio del modulo di adesione, ferma la condizione che il relativo premio, di cui al presente punto 3, venga pagato e comunicato, inderogabilmente, entro 15 gg dal giorno di adesione; il mancato pagamento del premio, di cui al presente punto 3, entro e non oltre i 15 giorni successivi all'invio del modulo di adesione, annulla la copertura assicurativa sin dal primo giorno di adesione.*

*In caso di pagamenti semestrali, trimestrali o mensili, il pagamento del premio deve essere effettuato e comunicato entro 15 giorni dalla scadenza di rata; il mancato pagamento del premio entro i suddetti termini sospende la validità della copertura assicurativa e la stessa riprenderà dalle ore 24,00 del giorno di pagamento, previa giusta comunicazione dello stesso.*

**PUNTO 5 – DICHIARAZIONE e PRECISAZIONE**

- Dichiaro di non essere assicurato con altra Compagnia, per lo stesso rischio assicurativo.
- Dichiaro di essere assicurato con altra Compagnia, per lo stesso rischio assicurativo.

Nel caso di presenza di altra copertura assicurativa per lo stesso rischio assicurativo con altra compagnia , la garanzia prestata sarà operativa in secondo rischio sulla preesistente garanzia assicurativa .

**La presente si intende come :**

**autocertificazione ai sensi del d.p.r. n. 445 del 28/12/2000 ed autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi e per quanto previsto dal Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, articolo 13 e/o eventuali successive modificazioni.**

**Timbro e Firma del Medico Pediatra**