

MODULO ADESIONE POLIZZA INFORTUNI CNPR

Nome e Cognome											
Professione											
Indirizzo											
Cap			Città				Prov.				
Tel. Abitazione					Cellulare						
E-mail					Fax						
Cod. Fisc.					-			-			
Partita IVA											
Data di nascita							Luogo di nascita				
							Prov.				
Ordine					Iscrizione Nr.						
Effetto Polizza						Scadenza					
									Scadenza Prima Rata		

	Basic	Medium	Top
Morte	150.000,00 €	200.000,00 €	200.000,00 €
Invalidità Permanente	150.000,00 € Franchigia 5%	200.000,00 € Franchigia 3/5/10%	200.000,00 € Franchigia 3/5/10%
Indennità da ricovero	30,00 €	40,00 €	50,00 €
Indennità da immobilizzazione	30,00 €	40,00 €	50,00 €
Rimborso spese mediche	=====	=====	2.500,00 €
Premio Annuo Lordo	250,00 Euro	350,00 Euro	450,00
Soluzione Prescelta	☐	☐	☐

Riepilogo delle condizioni comuni a tutti i pacchetti:

- Rischio professionale ed extraprofessionale
- Categoria di rischio A
- 50% indennizzo sport agonistico
- Sport pericolosi esclusi
- Tabella INAIL su I.P.

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ |

Firma del Contraente _____



MGM BROKER



☒ Dichiaro di aver ricevuto e approvato la documentazione contrattuale relativa alla Polizza Infortuni

Pagamento:

Bonifico bancario da effettuarsi dopo la conferma di emissione del contratto

Banca Valsabbina C/C intestato a MGM BROKER SRL

IBAN : IT74 Y 05116 03200 000000001144

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche tramite polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _|_____|_____|_____|

Firma del Contraente _____

QUESTIONARIO INFORTUNI

1) Nome ed indirizzo completi del Proponente:

2) Partita IVA e/o Codice Fiscale:

3) Data di nascita: _____ Sesso: _____

4) Peso in kg: _____ Altezza in cm: _____

5) Occupazione (specificare se più di una):

6) Fumatore?:

☐ Sì – Cosa e quanto al giorno: _____

MGM BROKER Srl

Via Alessandro Serpieri, 8 – 00197 Roma (RM)

Tel. 06.8551935

Email: info@mgmbroker.com

www.mgmbroker.com

RUI B000607741

P.IVA/CF 08445131009

Capitale interamente versato € 50.000,00

Iscrizione REA RM - 1094504



MGM BROKER



☐ NO – Se ha smesso da quando: _____

7) Consuma alcolici?:

☐ Si – Cosa e quanto al giorno: _____

☐ NO – Se ha smesso da quando: _____

8) Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea e indicare la percorrenza annua:

- A. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?
- B. Viaggi aerei non con voli di linea?
- C. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?
- D. Sport Invernali?
- E. Immersioni subacquee con respiratore?
- F. Alpinismo con uso di funi e guide?
- G. Speleologia?
- H. Volo a vela o paracadutismo?.....
- I. Caccia a cavallo, attività equestre?
- J. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?
- K. Guidate moto?
- L. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento del rischio?
.....
.....
- M. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?
- N. Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?
.....



MGM BROKER



SE AVETE INDICATO SÌ ALLE DOMANDE DALLA A ALLA N VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI:

.....

.....

.....

12) Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni?

.....

13) Siete attualmente assicurato per infortuni? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.

.....

14) Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni? In caso positivo fornire dettagli:

.....

Luogo e data _____ | ____ | ____ | _____ |

Firma del Contraente _____