



VALLESE ASSICURAZIONI 1940 sas

Piazza San Francesco d'Assisi n. 4

84122 SALERNO – TEL. 089/223128 – FAX 089/5647463

vallese1940@pec.it – TEL. 089/223128 – FAX 089/5647463 - Iscr. R.U.I. A000068160 - P. IVA 03364700652

On.le Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Avellino
On.le Presidente Avv. Fabio Benigni

CONVENZIONE ASSICURATIVA PER LA STIPULA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE OBBLIGATORIE D.M. 22/09/2016 – G.U. 238/2016

Abbiamo il piacere di presentarVi Convenzione per la copertura assicurativa degli infortuni; Il testo di polizza della Convenzione ottempera a tutti i requisiti stabiliti dal Decreto Ministeriale del 22.09.2016.

CAPITALI E PRESTAZIONI

MORTE E. 100000,00

INVALIDITA' PERMANENTE E. 100000,00

DIARIA GIORNALIERA DA INABILITA' TEMPORANEA E. 50,00

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO E. 3500,00

TARIFFA A – AVVOCATI/COLLABORATORI/PRATICANTI

RISCHIO PROFESSIONALE + IN ITINERE – PREMIO E. 55,00

TARIFFA B – COPERTURA H 24 + RISCHIO PROFESSIONALE + IN ITINERE

AVVOCATI PREMIO E. 105,00

COLLABORATORI/PRATICANTI PREMIO E. 55,00

In allegato troverete il modulo di adesione polizza INFORTUNI.

Per informazioni sulla convenzione e per la sottoscrizione, contattare i seguenti recapiti:

cellulare 3805143747

mail vallese@libero.it

Cordiali saluti.

L'Amministratore
Giuseppe Vallese



AVVOCATO

Assicurazione **INFORTUNI**

conforme al Decreto del 22/09/2016 **G.U. n.238 - 11/10/2016**

1 Contraente

Indirizzo dello Studio _____

cap _____ città _____ provincia _____

tel. _____ cell. _____ fax _____

Cod. Fiscale _____ P. IVA _____

Iscritto all'Albo di _____ dal _____

Indirizzo e-mail _____ PEC _____

2 Capitali e prestazioni

• Morte	€	100.000,00
• Invalidità permanente	€	100.000,00
• Diaria giornaliera da inabilità temporanea		50,00
• Rimborso spese mediche da infortunio		3.500,00

3 Elenco componenti Studio

in presenza di altri soggetti obbligati all'assicurazione infortuni →  **scarica**

4 Tariffa

	RISCHIO	PREMIO € Pro-Capite
A <input type="checkbox"/> Avvocati n. Collaboratori / Praticanti n.	professionale + Itinere	55,00 x n.
B <input type="checkbox"/> Avvocati n. Collaboratori / Praticanti n.	24h professionale + Itinere	105,00 x n. 55,00 x n.

Totale Premio Annuo Lordo €

Agli affetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione: Art.2 Dichiarazioni del Contraente; Art. 4 Anticipata risoluzione; Art.5 Rinnovo del contratto - Periodo di Assicurazione; Art.6 Aggravamento o diminuzione del rischio; Art.7 Recasso in caso di Sinistro; Art.11 Altre Assicurazioni; Art 16 Assicurati - limite età; Art. 17 Persone non assicurabili; Art.27 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio; Art. 28 Cumulo di Indennità; Art. 31 Pagamento del premio; Art. 33 Denuncia dell'infortunio - Obblighi relativi; Art.35 Pareri medici - Controversie.

IL CONTRAENTE _____

Dichiarazione dell'Assicurato - Polizze in corso:

• Infortuni	Compagnia	Scadenza
• R.C. Professionale		

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

AIG EUROPE LIMITED
Rappresentante Generale per l'Italia

Il versamento di € _____ è stato effettuato il _____

N.B. LA PRESENTE PROPOSTA È VALIDA FINO AL ____ / ____ /2017

Data, _____