

Ramo _____ Agenzia _____

Assicurato _____ CAP _____

Via / Frazione _____ n° _____ Comune _____ Prov _____

Certificato di
Assicurazione della
Convenzione n° _____

Durata del Certificato
dalle ore 24 del _____ alle ore 24 del _____

n° Certificato _____

Data di nascita _____ N° tessera _____

Infortuni

Casi e somme assicurate:

Morte	euro
Invalità Permanente	fino a euro
Indennità da Ricovero ospedaliero giornaliero	euro
Indennità da Immobilizzazione	euro
Rimborso spese di cura da infortunio	fino a euro

Premio annuo: euro di cui euro di imposte.

Dichiarazioni Agli effetti della validità della garanzia e con riferimento agli Artt. 1892 C.C. (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave) e 1893 C.C. (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo e colpa grave), l'Assicurato dichiara che:

- 1) Non ha avuto annullate polizze infortuni: se sì, da quali Società ?
- 2) Non ha in corso altre assicurazioni contro gli infortuni: se sì, con quali Società ?
- 3) Non soffre né ha sofferto di malattie inabilitanti e non è affetto da minorazioni fisiche: se sì, quali ?
- 4) Non ha subito infortuni od operazioni chirurgiche: se sì, quali ?

Firma dell'Assicurato

Milano Assicurazioni spa

L'Agente

L'Assicurato dichiara di conoscere e di accettare le condizioni di assicurazione riportate nella Convenzione Infortuni e di approvarne espressamente ex Artt. 1341 e 1342 C.C. le seguenti clausole: Art.3.2.1 Liquidazione dell'indennizzo per Invalità Permanente – franchigia 3% - Art. 4.2 Limite di età e persone non assicurabili – Art. 4.3 Denuncia del Sinistro - Art.5.8 Recesso in caso di sinistro -

Firma dell'Assicurato

L'importo di euro è stato pagato il alle ore.....

L' Agente.....