

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Odontoiatri**
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA

ATTIVITÀ ESERCITATA:	ODONTOIATRA			
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:		NUMERO ISCRIZIONE ALBO:		ANNO ISCRIZIONE ALBO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:				
FRANCHIGIA:				
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:				
RETROATTIVITÀ (anni):				

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
NEOLAUREATO	L'ASSICURATO DICHIARA DI NON ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DA OLTRE 3 ANNI E DI NON AVER COMPIUTO I 34 ANNI DI ETÀ
LIBERO PROFESSIONISTA	
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PUBBLICA:	STRUTTURA PUBBLICA:
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PRIVATA:	STRUTTURA PRIVATA:
LAUREA	MEDICINA ODONTOIATRIA

Condizioni Particolari soggette a pattuizione espressa

Attività	Informazioni Aggiuntive
IMPLANTOLOGIA	SPECIFICARE SE OSTEOINTEGRATA O ALTRE METODICHE
MEDICINA ESTETICA	PRESENTAZIONE DI ATTESTAZIONE DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE SPECIFICA
DIRETTORE SANITARIO	STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA:
STRUTTURA FINO A 5 PROFESSIONISTI (COMPRESO IL DIRETTORE SANITARIO)	
STRUTTURA CON OLTRE 5 PROFESSIONISTI (COMPRESO IL DIRETTORE SANITARIO)	

Soggetti assicurati

(in caso di Studio Associato o soggetto equiparato indicare tutti i professionisti che agiscono in nome e per conto del Contraente/Assicurato)

Assicurati							
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE	ATTIVITÀ

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi
Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA
-----------	-------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------------------

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	---------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....