

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

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA
DATA DI NASCITA:		LUOGO DI NASCITA:	
ATTIVITÀ ESERCITATA:	ODONTOIATRA		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:		NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:			
FRANCHIGIA			
SCOPERTO PER ATTIVITÀ DI IMPLANTOLOGIA			
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	
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)	

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 (o anche in epoca antecedente qualora le suddette richieste di risarcimento e/o azioni perdurino a tutt'oggi o siano terminate sempre nell'arco degli ultimi 5 anni), anche se non notificate all'Assicuratore. I seguenti sinistri sono esclusi dalla copertura.

DATA EVENTO	DATA PRIMA RICHIESTA DI RISARCIMENTO	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. Le seguenti circostanze si intendono escluse dalla copertura se non diversamente pattuito.

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.....