

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE MEDICI ED
OPERATORI SANITARI – “PROPOSTA QUESTIONARIO”**

(compilare tutti i campi in stampatello)

Proponente _____

Iscritto all'Associazione _____ N. iscrizione _____ dal _____

Specializzato Specializzando

In _____

Ospedale _____ Altra struttura _____

Reparto _____

 Dipendente tempo pieno con attività intramuraria con attività extramuraria Libero professionista**Attività per la quale viene richiesta la copertura**

Altre assicurazioni: Società _____ n. pol. _____

▪ con massimale € _____ decorrenza _____ scadenza _____

▪ se annullate indicarne il motivo _____

Il Proponente è a conoscenza di fatti che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni rientranti nelle coperture previste dalla presente proposta? SI NO

Se "SI" indicare tutte le informazioni inerenti:

Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento? SI NO

Se "SI" indicare data e motivazione delle richieste:

Il Proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine? SI NO

Laurea conseguita nell'anno _____ N. iscrizione all'Albo _____

Massimale richiesto € _____ Decorrenza _____ Scadenza _____

Estensioni richieste _____

_____, li _____

Durata anni uno con tacito rinnovo. Premio lordo annuo € _____ Data _____

Emessa in _____ validità della presente proposta gg. 60 dalla data di sottoscrizione sopra riportata.

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

**IL PROPONENTE** _____