

Questionario Proposta

Polizza Responsabilità Civile Poliambulatori – Studi Medici

Modello adesione da inviare via fax allo 02.48.00.94.47 – per informazioni 02.48.00.46.77

Fatturato anno precedente 200_ €	_____
Fatturato anno in corso 200_ €	_____

- Sono state avanzate o promosse – relativamente alla professione svolta – richieste di risarcimento o indagini o azioni di responsabilità nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? **SI** **NO**
In caso affermativo riportare informazioni dettagliate allegando descrizione

- Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o circostanze che si possa ragionevolmente prevedere potrebbero costituire le basi per un futuro sinistro risarcibile da questa polizza? **SI** **NO**
In caso affermativo riportare informazioni dettagliate allegando descrizione

- Il proponente ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'ASL di appartenenza? **SI** **NO**
In caso affermativo riportare informazioni dettagliate allegando descrizione

Personale Medico n° _____	Medici Liberi professionisti n° _____
Personale Infermieristico n° _____	Infermieri Liberi professionisti n° _____
Personale Amministrativo n° _____	

<input type="checkbox"/> Estensione Direzione Sanitaria	+ € 600,00
---	------------

R.C. Massimale richiesto € _____
Effetto ____ ____ ____ Scadenza ____ ____ ____
Totale annuo onnicomprensivo _____

Pagamento	
<input type="checkbox"/> con assegno non trasferibile	<input type="checkbox"/> con bonifico

Ai fine della copertura assicurativa occorre attendere la conferma di emissione del contratto prima di effettuare il pagamento

Il proponente _____

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 integrante 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 _____

Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa;

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____ |____| |____| |____|

Il proponente _____

2/2