PROPOSTA POLIZZA R.C. PER IL MEDICO
da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.46.77

Contraente _____
Indirizzo _____
Cap _____ **Città** _____ **Pv** _____
Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____
e-mail _____ Fax _____
Cod. Fiscale |___|___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|
Data di nascita |_____||_____||_____| **Luogo di nascita** _____ **Pv** _____

Specializzato in _____
Altra eventuale attività svolta _____

☐ Libero professionista
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Privata con libera professione
☐ Dipendente Azienda Sanitaria Pubblica Full Time
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria
☐ Dip. Azienda Sanitaria Pubblica con Extramuraria

Numero Iscrizione albo _____ **Provincia Iscrizione**_____

Ospedale _____
Reparto _____
Tel. Ospedale _____ Fax _____
Studio indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Pv _____
Tel. Studio _____ Fax _____

Altre assicurazioni personali in corso: SI ☐ NO ☐ - Compagnia _____
Num. _____ Massimale _____ € Scadenza |_____||_____||_____|
Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo _____

- Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia . . . . **SI☐ NO☐**
Se si quando |___|___|____| e indicarne il motivo _____
- L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto . . . . . **SI☐ NO☐**
In caso affermativo allegare documentazione a riguardo
- L'Assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine . . . . . **SI☐ NO☐**

Compagnia Delegataria RC _____
☐ **R.C. Massimale** _____ **€**
☐ R.C. Massimale _____ € a II rischio
Effetto |_____||_____||_____| Scadenza annuale se non diversamente concordato (con tacito rinnovo)

Totale annuo omnicomprensivo |_____|

Pagamento: ☐ Bonifico bancario
☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐ CARTA SI ☐ CARTA VISA

Numero |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__| Scadenza |___|___|

Luogo e data _____|___|___|_____| _____
(Firma del Medico)