

Modulo di adesione RC PROFESSIONALE riservata per
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA
 Compilare il modulo in ogni sua parte ed inviare via fax al numero 0171603061.
 Per informazioni 0171602124

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Contraente | | |
| Assicurato | | |
| Indirizzo | | |
| Cap | Città | Prov. |
| Tel. Abitazione | | Cellulare |
| e-mail | | Fax |
| Cod. Fiscale | | |
| Partita Iva | | |
| Data di nascita | | Luogo di nascita Prov. |
| Studio indirizzo | | |
| Cap | Città | Prov. |
| Tel. Studio | | Fax |
| Attività | | |
| Altre eventuale attività svolta | | |
| Isritto albo | Nr. Iscr. Albo | Prov. |
| Fatturato Anno precedente € _____ Fatturato previsto anno in corso € _____ | | |
| Estensioni richieste: | | |
| | | |
| Altre assicurazioni personali in corso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> - Compagnia Estensioni richieste: | | |
| 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se si quando __ __ __ e indicarne il motivo - L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possono dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contrattoSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In caso affermativo allegare documentazione a riguardo - L'assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'OrdineSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Compagnia Delegataria RC | | |
| <input type="checkbox"/> R.C. Massimale € _____ | | |
| Effetto __ __ __ Scadenza annuale | | |
| Totale annuo onnicomprensivo | | |

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 _____ | ____ | ____ | _____ | _____

(Firma del Professionista)



MODULO DI RICHIESTA EMISSIONE POLIZZA RC PROFESSIONALE ODONTOIATRI
Da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47 per informazioni 02.91.98.33.11

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e/o scaricato le condizioni contrattuali e la documentazione 7A e 7B dell'intermediario, modello adeguatezza e informativa Privacy.

Ragione Sociale
Se Studio associato la garanzia è prestata per attività di
Nome e Cognome
Data di nascita | | | | **Luogo di nascita** **Prov.**
Iscritto all'Albo della provincia di **con il Nr.** **Data**
Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita Iva | | | | | | | | | | | |

Sede Legale/Residenza
Cap **Città** **Prov.**
Ubicazione Studio
Cap **Città** **Prov.**
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto richieste di risarcimento danno negli ultimi 5 anni SI NO

Se si, compilare la scheda sinistri allegata
Precedente compagnia **Massimale**
Direttore di struttura complessa SI NO

Neolaureato SI NO

I neolaureati godono di uno sconto del 35% sul premio imponibile della polizza limitatamente alla opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione viene riconosciuta agli odontoiatri che si iscrivono all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine ma prima del compimento del 34° anno di età.

Effetto | | | | **Scadenza** | | | |

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Massimale prescelto 750.000 1.000.000 1.500.000 2.000.000

 odontoiatra e/o Medico* con attività Odontoiatra SENZA IMPLANTOLOGIA
 odontoiatra e/o Medico* con attività Odontoiatra CON IMPLANTOLOGIA tecniche finalizzate alla osteointegrazione

*La copertura assicurativa è esclusivamente per la sola attività odontoiatrica

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____

(Firma del Medico)

