CIS Broker Dal 1929

QUESTIONARIO PER PREVENTIVO POLIZZA R.C. DEL MEDICO
da inviare a mezzo fax allo 02.54128393

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

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 ultimi5 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 ☐

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

Direzione Generale
Via Andrea Maffei, 1
20135 MILANO
Albo Nazionale Brokers 0257/S

Tel.02/5513053 (10 linee r.a.)
Fax 02/54128393 - 02/5513207
WWW.CISBROKER.IT
postmaster@cisbroker.it

C.F. e Partita IVA 06996970155