QUESTIONARIO PER PREVENTIVO POLIZZA R.C. DEL MEDICO

da inviare a mezzo fax allo 02.54128393 o ad info@cisbroker.it

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)