

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Igienisti Dentali**
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA

ATTIVITÀ ESERCITATA:	IGIENISTA DENTALE			
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:		NUMERO ISCRIZIONE ALBO:		ANNO ISCRIZIONE ALBO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:				
FRANCHIGIA:				
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:				
RETROATTIVITÀ (anni):				

Soggetti assicurati
Assicurati

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE
---------	------	----------------	-------------	----------------------	-----------------	---------------

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

Informazioni precedenti assicurativi
Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA
-----------	-------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------------------

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze
Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	---------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO

STATO DELL'EVENTO

DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;**
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che**
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....