

Amissima Assicurazioni S.p.A. Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia T +39 02 30761 F +39 02 3086125 - Capitale Sociale Euro 165.160.640,00 i.v. Registro delle Imprese di Milano - CF e PI 01677750158 REA MI 624493 - Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'Ivass 1.00031 - Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93) - amissima@pec.amissima.it - www.amissimagruppo.it

ASSICURAZIONE DELLA RESP. CIVILE PROFESSIONALE MEDICI E OPERATORI SANITARI – "PROPOSTA QUESTIONARIO" – PROFESSIONISTA SANITARIO 2.0

G2

(compilare tutti i campi in stampatello)

Questionario n Cod. Agenzia:				Denominazione:			
Proponente: C				Cod. Fiscale:	Cod. Fiscale:		
Laurea conseguita nell'anno: N. iscrizione all'Albo:							
Iscritto all'Associazione: N. iscrizione: dal//							
□ Specializzato □ Specializzando In c/o ospedale							
c/	c/o altra struttura Reparto:						
□ Dipendente di □ Dipendente di □ Libero professionista							
struttura pubblica struttura privata							
1 Attività per la quale viene richiesta la copertura:							
	Assicurazione in corso: SI □ NO □ Società: Num. Polizza: Con massimale € Decorrenza: Scadenza: Scadenza:						
Precedenti assicurazioni: SI □ NO □ Società: Num. Polizza: Con massimale € Decorrenza: Scadenza:					Num. Polizza:		
	Se annullate indicarne il motivo:						
2		Il proponente è a conoscenza di fatti che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni rientranti nelle coperture previste dalla presente proposta? SI NO					
	Se SI indicare tutte le informazioni inerenti:						
3	Il proponente ha ricevuto richieste di risarcimento? SI NO						
	Se SI indicare data	Se SI indicare data e motivazione delle richieste:					
4	Il proponente è in	l proponente è incorso in provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine? SI 🗖 NO 🗖					
5	Massimale richies	to: €	de	correnza:	scadenza:		
	Estensioni richieste:						
6	Polizza a secondo	Polizza a secondo rischio? SI					
	Se SI, la polizza a primo rischio è stipulata dall'ente ospedaliero? SI □ NO □ Se NO, completare i seguenti campi con i dati della polizza privata stipulata a primo rischio: Società: massimale €: Decorrenza: scadenza: N.B.: si prega di fornire copia del contratto a primo rischio						
	Decorrenza:	scadenza	:	N.B.: si prega a	i fornire copia del contratto a primo rischio		
(validità della presente proposta gg. 60 dalla data riportata).							
Compilato il							
l Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite							
sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto							
assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.							
·							
IL PROPONENTE							

Mod. QA37501 ed. 01/01/2016