

DICHIARAZIONE SINISTRI

ALLEGATO AL MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO
PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

DATI PROFESSIONISTA

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		ISCRITTO ALL'ALBO DI	DAL
COMPILARE NEL CASO IN CUI L'ASSICURANDO ABBA DICHIRATO NEL MODULO DI PROPOSTA DI AVER RICEVUTO RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI PER DANNI IMPUTABILI A UNA SUA RESPONSABILIT� PROFESSIONALE			
NUMERO SINISTRI: _____			
1) Danneggiato: _____ _____	Data conoscenza sinistro _____ Data accadimento _____ Descrizione _____ _____	Somma richiesta _____ Assicuratore _____	Stato sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Pagato Tipo vertenza: <input type="checkbox"/> Giudiziale <input type="checkbox"/> Stagiudiziale
2) Danneggiato: _____ _____	Data conoscenza sinistro _____ Data accadimento _____ Descrizione _____ _____	Somma richiesta _____ Assicuratore _____	Stato sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Pagato Tipo vertenza: <input type="checkbox"/> Giudiziale <input type="checkbox"/> Stagiudiziale
3) Danneggiato: _____ _____	Data conoscenza sinistro _____ Data accadimento _____ Descrizione _____ _____	Somma richiesta _____ Assicuratore _____	Stato sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Pagato Tipo vertenza: <input type="checkbox"/> Giudiziale <input type="checkbox"/> Stagiudiziale
4) Danneggiato: _____ _____	Data conoscenza sinistro _____ Data accadimento _____ Descrizione _____ _____	Somma richiesta _____ Assicuratore _____	Stato sinistro: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Pagato Tipo vertenza: <input type="checkbox"/> Giudiziale <input type="checkbox"/> Stagiudiziale

Data

firma dell'Assicurando