



Convenzione SIGM - ASSIMOOD BROKER SRL

PROPOSTA POLIZZA R.C. MEDICI

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

Cod. Fiscale _____ Laurea nel _____

Sei già iscritto al S.I.G.M.? SI NO

Nr. Iscr. albo _____ prov. di _____ Associazione _____

Specializzato in _____

Libero professionista SI NO

Dipendente di Azienda Sanitaria Privata con libera professione SI NO

Dipendente di Azienda Sanitaria Pubblica con Intramuraria SI NO

con Extramurari SI NO

Ospedale _____ Reparto _____

Studio Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Altre assicurazioni: Compagnia _____

Massimale _____ Effetto _____ Scadenza _____

Se cessate indicarne il motivo (anche per disdetta) _____

L'assicurando ha ricevuto richieste di risarcimento e o avvisi di garanzia SI NO

Se sì 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 riportare informazioni dettagliate

L'assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine SI NO

Fatturato preventivo € _____ RC Massimale richiesto € _____

Estensioni richieste _____

Effetto _____

Luogo e Data

Firma del proponente
