

MODULO DI RACCOLTA DATI  
RC PROFESSIONALE TATUATORE

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
  - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data abilitazione (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti \_\_\_\_\_

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	DATA DI ABILITAZIONE

3. Fascia di fatturato di appartenenza:

€ 0 - 250.000	<input type="checkbox"/>	Specificare € _____
Maggiore di € 250.001	<input type="checkbox"/>	

4. Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

€250,000       €500,000       €1.000,000

5. Retroattività:

Data effetto polizza  Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente il consenso informato?  SI  NO

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente prima di lasciare lo studio la dichiarazione di conformità con quanto richiesto ad inizio seduta?  SI  NO

6. SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio

Altre assicurazioni e precedenti assicuratori

Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare:  (a) Nome degli Assicuratori _____ Numero di polizza _____ (b) Massimale assicurato € _____ (c) Franchigia € _____ (d) Data di scadenza _____ (e) Numero di anni di copertura precedente continua _____  Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO