



Modello di adesione da inviare via Fax 0971.53.802 – Per informazioni Tel. 0971.19.40.635

## PROPOSTA DI POLIZZA R.C. PER GIOVANE MEDICO

**Attività: GIOVANE MEDICO con meno di 5 anni di iscrizione all'albo**

Altra eventuale attività svolta \_\_\_\_\_

**Medico Libero Professionista**

**Interventi chirurgici** SI  NO

**Studio indirizzo** \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Altre assicurazioni personali in corso: SI  NO  - Compagnia \_\_\_\_\_

Num. \_\_\_\_\_ Massimale € \_\_\_\_\_ Scadenza | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo \_\_\_\_\_

✓ Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia SI  NO

✓ L'assicurato 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

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

Se una delle risposte prevede un SI compilare scheda sinistri e allegare documentazione

**Compagnia Delegataria RC: Faro Assicurazioni S.p.A.**

**Massimale**  **2.000.000**

(polizza con tacito rinnovo, facoltà di recesso annuale trascorsi almeno 12 mesi, con preavviso di 60 giorni)

**Effetto** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Scadenza** **31/12/2014**

(La polizza deve obbligatoriamente avere effetto l'ultimo giorno del mese)

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_