

Mod. per estensione ai trattamenti sui tessuti periorali Questionario Ed. 31/12/2021

RICHIESTA DI ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI PERIORALI (*)

SE LA DOMANDA VIENE COMPILATA MANUALMENTE, SI PREGA DI UTILIZZARE LO STAMPATELLO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nella compilazione del modulo di adesione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

ADERENTE/ASSICURATO (si evidenzia che la copertura è riservata agli associati ANDI aderenti alla Polizza RC Professionale Odontoiatra)

cognome e nome	Tel. preferenziale
luogo e data di nascita	
codice fiscale (obbligatorio)	partita IVA
iscritto alla sezione provinciale ANDI di	codice ANDI N.

DECORRENZA ADESIONE ore 24.00 del ___ / ___ / _____ / (giorno/mese/anno)

QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO

PRESO ATTO CHE LA GARANZIA ASSICURATIVA RIGUARDA **ESCLUSIVAMENTE LE PRESTAZIONI CORRELATE A QUELLE ODONTOIATRICHE NEI TERMINI PREVISTI DALLA SPECIFICA ESTENSIONE, L'ASSICURATO DICHIARA:**

- DI ESSERE INTERESSATO ALL'ESTENSIONE SUI TESSUTI PERIORALI? NO SI
- DI AVER ACQUISITO UNA SPECIFICA FORMAZIONE PER LE SUMMENZIONATE PRESTAZIONI? NO SI

IN CASO AFFERMATIVO INDICHI LA DURATA COMPLESSIVA DELLA FORMAZIONE PRECISANDO I SOGGETTI GIURIDICI CHE L'HANNO EROGATA (si prega di allegare l'attestazione relativa alla formazione)

DURATA: _____ SOGGETTI GIURIDICI: _____

DICHIARO DI CONOSCERE LE CONDIZIONI CONTRATTUALI CHE REGOLANO L'ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI SUI TESSUTI PERIORALI E DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE AVENDO PRESENTE QUANTO PREVISTO DAGLI ART. 1892 E 1893 C.C.

In fede

luogo e data

L'aderente/assicurato

(*) SI PRECISA CHE ANCHE IN FUNZIONE DELLE DIVERSE LEGISLAZIONI NAZIONALI E QUINDI A TUTELA SIA DEL PAZIENTE CHE DELL'ASSICURATO L'ESTENSIONE VALE ESCLUSIVAMENTE PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE NEL TERRITORIO ITALIANO.

In fede

luogo e data

L'aderente/assicurato