

## POLIZZA IN CONVENZIONE ANDI/CATTOLICA

**DA COMPILARSI DA PARTE DEL FIDUCIARIO IN OCCASIONE DELL'ACCERTAMENTO PERITALE E DA TRASMETTERSI UNITAMENTE A QUEST'ULTIMO A TUTTI I DESTINATARI DELLA PERIZIA**

SINISTRO n. .... DEL .....

ASSICURATO ..... DANNEGGIATO .....

1) Il/la danneggiato/a dichiara che le prestazioni di cui è oggetto la presente perizia sono state eseguite

integralmente dal Dr. ....  SI  NO

solo parzialmente dal Dr. ....  SI  NO

2) hanno partecipato alle terapie i professionisti di seguito elencati

cognome e nome ..... solo relativamente alle seguenti prestazioni

.....

cognome e nome ..... solo relativamente alle seguenti prestazioni

.....

**Eventuali altre annotazioni**

.....

.....

.....

.....

**Da compilarsi ai fini statistici da parte del perito:**

<b>DANNI A PERSONE</b>			
11	ORTODONZIA / GNATOLOGIA	15	PROTESI
12	CONSERVATIVA / ENDODONZIA	15	PROTESI SU IMPIANTI
13	CHIRURGIA	16	ANESTESIA
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA	19	ALTRE MANOVRE CLINICHE
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA CARICO IMMEDIATO		
<b>DANNI A COSE</b>			
21	DANNI AL VESTIARIO	22	DANNI DA ACQUA
29	ALTRI DANNI A COSE		
<b>RCO/DANNI A TERZI PER ATTIVITA' NON PROFESSIONALI</b>			
31	RCO	32	DANNI A TERZI PER CONDUZIONE STUDIO

Per ulteriori informazioni di qualsiasi tipo è possibile integrare il modulo su carta libera

.....  
firma del danneggiato

.....  
firma del perito

Mod. fiduciari e tipologia sx RC Ed. 28/04/2021