

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre dei contratti coerenti alle Sue esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolineare che in mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alle Polizze Collettive.**

Aderente Cognome nome: _____

Codice fiscale: _____

Sesso: _____ Data di nascita: _____ Et : _____

Provincia di residenza: _____

- 1) **Esigenze assicurative** **Quali sono le Sue esigenze assicurative?**
- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali
 - esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali
- 2) **Attuali coperture** **Con riferimento alle Sue esigenze assicurative, possiede altre polizze per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilit  professionali?**
- no
 - s 
- 3) **Tipo di attivit  svolta** **Qual   l'attivit  da lei svolta:**
- Attivit  odontoiatrica senza rivestire la carica di Direttore Sanitario
 - Attivit  odontoiatrica e carica di Direttore Sanitario
 - Solo attivit  di Direttore Sanitario in quiescenza, senza svolgimento dell'attivit  odontoiatrica
- 4) **Quale   la durata per la quale   interessato alla copertura dei Suoi rischi?**
- fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
 - pi  di 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - pi  di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

Il sottoscritto aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

Luogo e data

L'aderente

Mod. OD-DS Ed. 01/03/2023