

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: _____ Età: _____

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 responsabilità professionali
 - ☐ esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità 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 responsabilità professionali?**
- ☐ no
 - ☐ si
- 3) Tipo di attività svolta** **Qual è l'attività da lei svolta:**
- ☐ Attività odontoiatrica senza rivestire la carica di Direttore Sanitario
 - ☐ Attività odontoiatrica e carica di Direttore Sanitario
 - ☐ Solo attività di Direttore Sanitario in quiescenza, senza svolgimento dell'attività odontoiatrica
- 4) Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?**
- ☐ fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
 - ☐ fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - ☐ più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - ☐ più 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
