

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

Tel. Abitazione _____ / _____ Cellulare _____ / _____

e-mail _____ Fax _____ / _____

Cod. Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Data di nascita |____|____|____| Luogo di nascita _____ Pv _____

Studio indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

Tel. Studio _____ / _____ Fax _____ / _____

Ospedale _____

Reparto _____

Tel. Ospedale _____ / _____ Fax _____ / _____

Altre assicurazioni: Compagnia* _____

Num. _____ Massimale _____ milioni Effetto|____|____|____| Scadenza |____|____|____|

Se cessate indicarne il motivo _____

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

Se si quando |____|____|____| e indicarne il motivo _____

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

In caso affermativo riportare informazioni dettagliate _____

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

Laurea nel _____ Nr. Iscr. albo _____ Provincia di _____ Associazione _____

Specializzato in _____

 Libero professionista Dip. Azienda Sanitaria Privata con libera professione SI NO Dip. Azienda San. Pubb. con Intramuraria SI NO con Extramuraria SI NO

Compagnia Delegataria _____

Estensioni richieste _____

 Difesa legale Massimale 26.000 € per sinistro Illimitato per Anno - Premio annuo 30,00 € R.C. Massimale _____ milioni di € a primo rischio R.C. Massimale _____ milioni di € a primo rischio dopo polizza ente appartenenza R.C. Massimale _____ milioni di € a secondo rischio dopo polizza sopra indicata* da allegare

Effetto |____|____|____| Scadenza |____|____|____| con tacito rinnovo

Premio Annuo Rc |____|____|____| Difesa Legale |____|____|____| Tot. |____|____|____|

Frazionamento Annuale Semestrale Pagamento Immediato con copertura dalle 24 del |____|____|____| A mezzo Bonifico Alla consegna della polizza con addebito sulla mia Carta di Credito CARTA SI CARTA VISA

Numero |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Scadenza |____|____|

Luogo e data _____

(Firma del Medico)

dal 1928 in Milano STEFFANO, una storia che continua...