

## QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA

STUDI ODONTOIATRICI

MODULO RACCOLTA DATI Per informazioni tel. 02.89.78.68.11

Ragione sociale contraente polizza \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Partita Iva | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Numero personale medico e non medico operante a qualsiasi titolo \_\_\_\_\_

Direttore Amministrativo \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Responsabile Coperture Assicurative \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Effetto | \_ | \_ | \_ | \_ | Scadenza | \_ | \_ | \_ | \_ |

### Il Proponente \_\_\_\_\_

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara che non ha taciuto, ommesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

### Il Proponente \_\_\_\_\_

Il Proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa. Il Proponente dichiara pertanto di avere ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ |

Il Proponente \_\_\_\_\_

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.89.78.68.42 - Fax (+39) 02.89.78.68.55

00186 Roma - Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.corporate.assimediti.it E-mail corporate@assimediti.it

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.