

QUESTIONARIO PROPOSTA

PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE BIODISCIPLINE

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

L'assicurato (Nome e Cognome): _____

Indirizzo: _____

P. IVA : _____

Codice Fiscale: _____

Iscritto SINAPE con tessera n. _____

Disciplina svolta: _____

Telefono n. _____ e-mail _____

dichiara che:

- a) Di non essere a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;**
- b) Di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare a terzi o di loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;**
- c) Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità.**
- d) Di non aver sottotaciuto alcun elemento influente alla variazione di rischio.**

Luogo e data

Firma per esteso
