

**Assicurazione per la Responsabilità Civile  
Professionale Veterinari**
**QUESTIONARIO N.**

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA:	<b>VETERINARIO</b> Attività professionale relativa a animali da compagnia e piccoli animali in genere Attività professionale relativa a animali da reddito ed equini Dipendente di Ente o Azienda sanitaria pubblica o privata	
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

**Tipologia di attività**

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PUBBLICA	STRUTTURA PUBBLICA:
DIPENDENTE DI ENTE O AZIENDA SANITARIA PRIVATA	STRUTTURA PRIVATA:
DIRETTORE SANITARIO	STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA:

**Soggetti assicurati**

(in caso di Studio Associato o soggetto equiparato indicare tutti i professionisti che agiscono in nome e per conto del Contraente/Assicurato)

Assicurati							
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE	ATTIVITA'

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

**Informazioni precedenti assicurativi**

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

**Informazioni sinistri e circostanze**

**Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore**

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

**Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore**

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

**Dichiarazione**

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;**
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che**
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....