



Car.Fin srl – Broker di Assicurazione

Partita Iva 05027601219 Iscritta RUI B000058166 – Capitale Sociale i.v. 10.000,00 €

Sede Legale e Direzione Generale: Cso Vittorio Emanuele 466 – 80135 Napoli [www.carfin.it](http://www.carfin.it) – [info@carfin.it](mailto:info@carfin.it)

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA  
RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEL MEDICO**

La sottoscrizione della presente scheda non impegna il Proponente nè il broker e la compagnia alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia, *qualora la polizza venisse emessa, le dichiarazioni rese nella presente proposta saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo, UNITAMENTE AL QUESTIONARIO OBBLIGATORIO DELLA COMPAGNIA CHE ASSUME IL RISCHIO.*

Il proponente riconosce che le dichiarazioni contenute e da esso rese nella presente scheda sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento che possa influire sulla valutazione del rischio.

Il broker e la Compagnia interessata dichiara che le informazioni contenute nella presente scheda, indispensabili unicamente per la valutazione del rischio, non saranno in alcun modo divulgate né utilizzate per finalità diverse da quelle specificate.

Dati anagrafici		
Cognome:		
Nome:		
Partita iva:		
Mail:	Cell:	Tel:
Luogo e data di nascita:		

<b>1) Corso di laurea (diploma) in:</b>	
Università (scuola/istituto) di:	
Inizio:	
Termine:	
Votazione	
	<80-90>
	<91-100>
	<101-110>

<b>Corso di specializzazione in:</b>	
1.	_____
2.	_____
3.	Altro _____
Università (scuola/istituto) di:	
Inizio:	
Termine:	

<b>Attività professionale esercitata:</b>	
Zona territoriale:	
Data iscrizione all'albo:	
Descrizione analitica dell'attività:	
_____	
_____	
Livello di responsabilità (primario, aiuto, altro):	
effettua interventi chirurgici:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Da quanto tempo svolge l'attività:	
Intra /extra moenia:	
Tempo pieno:	





Car.Fin srl – Broker di Assicurazione

Partita Iva 05027601219 Iscritta RUI B000058166 – Capitale Sociale i.v. 10.000,00 €

Sede Legale e Direzione Generale: Cso Vittorio Emanuele 466 – 80135 Napoli [www.carfin.it](http://www.carfin.it) – [info@carfin.it](mailto:info@carfin.it)

Rapporti assicurativi:	
<input type="checkbox"/> Auto – quantità:	Premi annui:
<input type="checkbox"/> N° polizza:	
<input type="checkbox"/> –	
<input type="checkbox"/> Vita – quantità:	Premi annui:
<input type="checkbox"/> N° polizza:	
<input type="checkbox"/> –	
<input type="checkbox"/> Altro (Infortuni, Malattia, Casa,...)	
<input type="checkbox"/> –	

Il proponente indichi eventuali circostanze e conseguenze che in passato abbiano originato richieste di risarcimento rivolte nei suoi confronti ovvero nei confronti dei collaboratori dei quali si avvale:

.....  
.....  
.....

Alla data di compilazione della presente scheda è il Proponente a conoscenza di circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti ovvero nei confronti dei collaboratori dei quali si avvale?

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità ed attesta che null'altro ha da dichiarare in ordine a circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio. Tali dichiarazioni saranno prese a fondamento per la stipulazione della polizza; pertanto, qualora esse risultino essere inesatte o vi siano state reticenze del Contraente, verrà applicato quanto previsto in merito dagli artt. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave) e 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave) del Codice Civile.

\_\_\_\_\_  
IL PROPONENTE

li \_\_\_\_\_

La presente proposta ha dato luogo all'emissione della Polizza di Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale N° \_\_\_\_\_ Compagnia \_\_\_\_\_