

Mod. per estensione ai trattamenti sui tessuti periorali Questionario Ed. 28/04/2021

RICHIESTA DI ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI PERIORALI (*)

DATI COMPILATI DA ORIS BROKER

DATA DI INIZIO DELLA COPERTURA BASE _____

GRADO DI RISCHIO ATTUALE _____

N. SINISTRI DENUNCIATI SULLA COPERTURA BASE _____

INDICARE IL NUMERO E LE PARTI DI CIASCUN SINISTRO _____

SE LA DOMANDA VIENE COMPILATA MANUALMENTE, SI PREGA DI UTILIZZARE LO STAMPATELLO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nella compilazione del modulo di adesione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

ADERENTE/ASSICURATO (si evidenzia che la copertura è riservata agli associati ANDI aderenti alla polizza RC Professionale Odontoiatra)

cognome e nome	Tel. preferenziale
luogo e data di nascita	
codice fiscale (obbligatorio) e partita IVA	

iscritto alla sezione provinciale ANDI dicodice ANDI N.

DECORRENZA ADESIONE ore 24.00 del ____ / ____ / _____ / (giorno/mese/anno)

QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO

PRESO ATTO CHE LA GARANZIA ASSICURATIVA RIGUARDA ESCLUSIVAMENTE I FILLER A BASE DI ACIDO IALURONICO E L'USO DI APPARECCHI ELETTROMEDICALI, L'ASSICURATO:

DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO ALL'USO DI FILLER? NO SI

SE SI RISPONDA ALLE DOMANDE CHE SEGUONO:

1) HA ACQUISITO UNA SPECIFICA FORMAZIONE PER LE SUMMENZIONTE PRESTAZIONI? NO SI

IN CASO AFFERMATIVO INDICHI LA DURATA COMPLESSIVA DELLA FORMAZIONE PRECISANDO I SOGGETTI GIURIDICI CHE L'HANNO EROGATA (si prega di allegare l'attestazione relativa alla formazione)

2) HA GIA' UN'ESPERIENZA PRATICA NELL'USO DEI FILLER? NO SI

SE SI INDICHI A QUALE ANNO RISALGONO LE SUE PRIME ESPERIENZE E FINO A QUANDO SONO PROSEGUITE

3) HA RICEVUTO RICHIESTE RISARCITORIE O COMUNQUE CONTESTAZIONI DA PARTE DI PAZIENTI A SEGUITO DELL'USO DI FILLER? NO SI

SE SI INDICARE I PRODOTTI UTILIZZATI E IL TIPO DI DANNO PROVOCATO

4) DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO ALL'UTILIZZO DI APPARECCHI ELETTROMEDICALI? NO SI

SE SI INDICARE LA TIPOLOGIA DELLE APPARECCHIATURE E LA FUNZIONE DI OGNUNA

5) HA ACQUISITO UNA SPECIFICA FORMAZIONE PER L'UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE DA LEI INDICATE? NO SI

IN CASO AFFERMATIVO INDICHI LA DURATA COMPLESSIVA DELLA FORMAZIONE E DEI SOGGETTI GIURIDICI CHE L'HANNO EROGATA (si prega di allegare l'attestazione relativa alla formazione)

6) HA GIA' ACQUISITO UN'ESPERIENZA PRATICA NELL'USO DEGLI APPARECCHI ELETTROMEDICALI?

NO SI

SE SI INDICHI A QUALI ANNI RISALGONO LE SUE PRIME ESPERIENZE E FINO A QUALE ANNO SONO PROSEGUITE

7) HA MAI RICEVUTO RICHIESTE RISARCITORIE O COMUNQUE CONTESTAZIONI DA PARTE DI PAZIENTI A SEGUITO DI TRATTAMENTI ELETTROMEDICALI? NO SI

SE SI INDICARE IL TIPO DI APPARECCHIATURA E I DANNI PROVOCATI

SE GLI SPAZI PREDISPOSTI PER LE RISPOSTE NON FOSSERO SUFFICIENTI PUO' UTILIZZARE FOGLI SEPARATI RICHIAMANDO IL NUMERO IDENTIFICATIVO DELLE DOMANDE.

DICHIARO DI CONOSCERE IL TESTO ASSICURATIVO, COMPRESSE LE SPECIFICHE DELL'ACIDO IALURONICO, CUI SI RIFERISCE IL QUESTIONARIO E DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE AVENDO PRESENTE QUANTO PREVISTO DAGLI ART. 1892 E 1893 C.C.

In fede

luogo e data

L'aderente/assicurato

(*) SI PRECISA CHE ANCHE IN FUNZIONE DELLE DIVERSE LEGISLAZIONI NAZIONALI E QUINDI A TUTELA SIA DEL PAZIENTE CHE DELL'ASSICURATO L'ESTENSIONE VALE ESCLUSIVAMENTE PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE NEL TERRITORIO ITALIANO.

In fede

luogo e data

L'aderente/assicurato