

DENUNCIA RC PROFESSIONALE ODONTOIATRA POLIZZA N. 2106.32.300320

Parte riservata alla Compagnia di Assicurazioni

SINISTRO APERTO IL	CON NUMERO
INVIATO AL CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI DI	
TELEFONO	FAX
AFFIDATO AL LIQUIDATORE.....	

Il presente modulo deve essere compilato dall'Assicurato in modo chiaro. Se lo spazio fosse insufficiente è possibile integrare il modulo su carta libera.

Il modulo va poi inoltrato a

ORIS BROKER Ufficio Rubricazione Sinistri - Via Ripamonti 44 - 20141 MILANO
e-mail supporto@orisbroker.it
tel. 02 30461010 - fax 02 30461002

Dati del Danneggiato

Cognome e nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Via o piazza	
Cap	Città	Tel
E' paziente abituale dello Studio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI da quando (anno)		
C/O Avvocato		
Via o piazza		
Cap	Città	Tel

I

Dati dell'Assicurato che effettua la denuncia

Cognome e nome		Codice tessera ANDI
Codice fiscale o partita IVA		
Via o piazza		<input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> Abitazione
Cap	Città	
Tel.	Fax	Cellulare
Indirizzo e-mail		
Data di decorrenza della adesione alla Polizza		Data di pagamento del costo di adesione
Grado di rischio dell'attività assicurata <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> a I rischio <input type="checkbox"/> a II rischio
Precisare se alla data della prestazione o della richiesta risarcitoria erano in atto altre coperture assicurative <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI indicare il nome della Compagnia Assicuratrice		

Mod. denuncia sx

RC Ed. 28/04/2021

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Sede Legale: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111
 Fax +39 045 8 391 112 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962
 P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it



L'assicurato dichiara sotto la propria responsabilità di aver effettuato egli stesso ed in via esclusiva le prestazioni che hanno dato luogo alla presente denuncia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'assicurato dichiara di aver eseguito solo in parte le prestazioni che hanno dato luogo alla presente denuncia e che hanno partecipato a tali prestazioni anche i professionisti che seguono <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'assicurato dichiara di non avere eseguito personalmente alcuna prestazione e che le stesse sono state eseguite dai professionisti che seguono <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Dati di chi ha effettuato la prestazione

Integralmente ed in via esclusiva	cognome e nome
Solo parzialmente assistito dai seguenti professionisti	cognome e nome
1) solo relativamente alle seguenti prestazioni	
.....	
Estremi della Compagnia assicurativa se diversa da quella della Convenzione ANDI/CATTOLICA	
.....	
.....
firma del titolare di studio	firma del professionista interessato
2) solo relativamente alle seguenti prestazioni	
.....	
Estremi della Compagnia assicurativa se diversa da quella della Convenzione ANDI/CATTOLICA	
.....	
.....
firma del titolare di studio	firma del professionista interessato
3) solo relativamente alle seguenti prestazioni	
.....	
Estremi della Compagnia assicurativa se diversa da quella della Convenzione ANDI/CATTOLICA	
.....	
.....
firma del titolare di studio	firma del professionista interessato
Altre informazioni relative alle prestazioni	
.....	
.....	

II

TIPOLOGIA DEL SINISTRO ED ATTIVITA' ODONTOIATRICA CHE L'HA PROVOCATO

DANNI A PERSONE			
11	ORTODONZIA / GNATOLOGIA	15	PROTESI
12	CONSERVATIVA / ENDODONZIA	15	PROTESI SU IMPIANTI
13	CHIRURGIA	16	ANESTESIA
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA	19	ALTRE MANOVRE CLINICHE
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA CARICO IMMEDIATO		
DANNI A COSE			
21	DANNI AL VESTIARIO	22	DANNI DA ACQUA
29	ALTRI DANNI A COSE		
RCO/DANNI A TERZI PER ATTIVITA' NON PROFESSIONALI			
31	RCO	32	DANNI A TERZI PER CONDUZIONE STUDIO

DATA DEL SINISTRO
(od in alternativa periodo di effettuazione delle prestazione che l'hanno provocato)

DATA DELLA RICHIESTA RISARCITORIA (se già ricevuta)

SOMMARIA DESCRIZIONE DEI DANNI PROVOCATI:

.....
.....

Stima del danno	Valore delle prestazioni che l'hanno causato	Acconti percepiti per tali prestazioni
Euro	Euro	Euro

DOCUMENTI ALLEGATI

RELAZIONE CLINICA SUL SINISTRO
COPIA DEI PREVENTIVI
COPIA DELLE RICEVUTE/FATTURE SANITARIE EMESSE
COPIA DELLA POLIZZA ATTIVA AL MOMENTO DEGLI EVENTI OGGETTO DI CONTESTAZIONE SE VERIFICATISI OLTRE UN DECENNIO DALLA DATA DI ADESIONE Compagnia Numero di Contratto Barrare NO in mancanza di precedenti coperture
RICHIESTA DELLA CONTROPARTE (Ove già pervenuta)
RICHIESTA DEL LEGALE (Ove già pervenuta)
CITAZIONE (Ove già pervenuta)
RICORSO PER ATP (Accertamento Tecnico Preventivo)
ALTRI ATTI GIUDIZIARI (Ove presenti)

III

DOCUMENTAZIONI CLINICHE DA TRASMETTERE

CARTELLA CLINICA	Se non disponibile, la cronologia delle prestazioni deve essere riportata nella relazione clinica
RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
IMPRONTE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
ANALISI DI VARIO TIPO	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
ALTRE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia

Nota Bene: quando presente, la documentazione riportata deve essere obbligatoriamente allegata alla Denuncia
ULTERIORI OSSERVAZIONI DA PARTE DELL'ASSICURATO:

.....
.....
.....li,

.....
firma dell'assicurato