

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL CONTRATTO

Gentile Cliente, il questionario sotto indicato ha lo scopo di acquisire le informazioni necessarie al fine di proporVi un contratto coerente alle Vostre esigenze assicurative. **Al riguardo desideriamo sottolinearVi che la mancanza di tali informazioni non è possibile aderire alla Polizza Collettiva.**

Aderente Ragione Sociale: _____
Codice fiscale/Partita Iva: _____
Data di costituzione: _____
Sede Legale: _____
Sede Principale (se diversa dalla precedente ed eventuali altre Sedi secondarie):

1) Condizioni per poter aderire alla polizza

La Società è di proprietà di Soci ANDI per una quota non inferiore al 50% più 1 ed esercita esclusivamente attività odontoiatrica? si no

il numero complessivo di operatori sanitari, in rapporto di collaborazione e/o dipendenza con la Società, è inferiore o uguale a 10? si no

il numero dei soci ANDI Assicurati a termini della presente Polizza ed il numero degli igienisti dentali Assicurati con la Polizza ANDI ad essi dedicata, non è complessivamente inferiore al 50% del totale degli operatori sanitari? si no

Immobili, arredi, attrezzature della Società e i servizi amministrativi, infermieristici e ausiliari in genere non vengono impiegati per attività diverse dall'odontoiatria? si no

2) Esigenze assicurative Quali sono le Vostre esigenze assicurative?

- protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali
- esigenze diverse dalla protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali
-

3) Attuali coperture

Con riferimento alle Vostre esigenze assicurative, possiede altre polizze per la protezione del patrimonio derivante da richieste di risarcimento di danni cagionati a terzi in conseguenza di responsabilità professionali?

- no
- si

Mod. OD Società-Ed. 28/04/2021

- 4) **Tipo di prestazione** **Quale tipo di prestazione preferite percepire nel caso si verifichi l'evento assicurato?**
- con scopertura e/o franchigia
 - totale
- 5) **Durata** **Quale è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi?**
- fino a 1 anno senza tacito rinnovo annuale
 - fino a 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - più di 1 anno con tacito rinnovo annuale
 - più di 1 anno senza tacito rinnovo annuale

La Società aderente dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto.

Luogo e data

La Società

Mod. OD Società-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

