

QUESTIONARIO RICHIESTA PROPOSTA da inviare a usppi@todarobroker.it

Titolo *	Nome e Cognome*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email *	Numero di Telefono *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo *	Città *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia *	CAP *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.IVA	Codice Fiscale *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data iscrizione all'albo *	N° iscrizione all'albo *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Precedenti Assicurazioni? SI NO Data Scadenza _____

Sinistri negli ultimi 5 anni? SI NO - Se SI fornire indicazioni esauritive su foglio aggiuntivo

INFORMAZIONI PROFESSIONALI

Inquadramento attività *	Struttura *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipologia attività *

Specializzazione	ATTI INVASIVI SI NO
<input type="text"/>	INTERVENTI CHIRURGICI SI NO
<input type="text"/>	IMPLANTOLOGIA DENTALE SI NO
	SPECIALIZZANDO/TIROCINANTE SI NO

Massimale			Retroattività			
€250.000	€500.000	€ 750.000	0 anni	1 anno	2 anni	3 anni
€1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000	5 anni	10 anni	ILLIMITATA	
€ 2.500.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000				

Note / Commenti

TUTELA DEI DATI PERSONALI - Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati comuni e sensibili.

DATA _____ FIRMA _____