

# QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE

(Da inviare a mezzo e-mail all'indirizzo [info@egidabroker.it](mailto:info@egidabroker.it))

Preso visione delle informazioni precontrattuali e del fascicolo informativo

Le coperture (per le richieste pervenute prima del 15 di ogni mese) decorreranno dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di invio del presente modulo compilato a mezzo e-mail all'indirizzo [info@egidabroker.it](mailto:info@egidabroker.it)

Anagrafica				
Indirizzo				
Località	Provincia		CAP	
Telefono	Fax			
Email	PEC			
Sede operativa				

## Barrare la copertura richiesta

<input type="checkbox"/>	Polizza Responsabilità Civile Professionale	<input type="checkbox"/>	Polizza Responsabilità Civile Terzi / prestatori d'Opera
--------------------------	---	--------------------------	--

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il sottoscritto DICHIARA

- che il firmatario \_\_\_\_\_ è Ottico / Ottico Optometrista
- e ha iniziato l'attività professionale il \_\_\_\_\_
- di essere iscritto al registro della ASL di \_\_\_\_\_ e Ministero della Salute n° \_\_\_\_\_

### **Polizza Responsabilità Civile Professionale**

Ha in corso altre polizze a copertura di questi rischi? SI NO  
In caso affermativo, indicare Compagnia e data di scadenza di polizza \_\_\_\_\_  
Ha ricevuto richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? SI NO  
A seguito di queste richieste di risarcimento le sono state annullate polizze? SI NO  
È a conoscenza di fatti e/o atti che potrebbero dare origine a richieste di danni? SI NO

### **Polizza Responsabilità Civile Terzi / prestatori d'Opera**

Ha in corso altre polizze a copertura di questi rischi? SI NO  
In caso affermativo, indicare Compagnia e data di scadenza di polizza \_\_\_\_\_  
Ha ricevuto richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? SI NO  
A seguito di queste richieste di risarcimento le sono state annullate polizze? SI NO  
È a conoscenza di fatti e/o atti che potrebbero dare origine a richieste di danni? SI NO

Attenzione l'effettivo inserimento nel programma assicurativo è subordinato all'approvazione degli Assicuratori. Dichiarazioni mendaci inficiano le coperture assicurative.

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato nel presente questionario è conforme a verità e di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

L'Assicuratore si riserva il diritto di verificare in qualsiasi momento l'esattezza delle risposte fornite.

Qualora dovesse essere accertata una dichiarazione inesatta o reticente, l'Assicuratore ha il diritto di annullare il contratto senza restituzione del premio dovuto per la prima annualità e nel caso che fosse già stata denunciata una Richiesta di Risarcimento, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare il relativo Sinistro (vedi art. 1892 del Codice Civile).

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" di seguito denominato per abbreviazione "Codice Privacy".

Ai sensi dell' art. 13 del "Codice Privacy" i nostri dati vengono da Voi trattati per finalità previste da obblighi di legge, regolamenti o normative comunitarie, ed inoltre ai fini indicati all'art.4, comma 1 - lettere d) e art. 26 del "Codice Privacy". Il trattamento dei nostri dati viene effettuato presso la Direzione Operativa di EGIDA BROKER. S.r.l via Taormina, 40 – 20159 Milano.

Luogo e Data

Firma (del titolare)