

**Modulo di richiesta attivazione polizza RC Professionale ANTOI  
Italiana Assicurazioni S.p.A. Agenzia Generale di Genova 105**

Via Ippolito d'Aste 1/2 16121 GENOVA  
Tel 010/565582/3/4 Fax 010/543617  
[genovabrignole.105@agenzie.italiana.it](mailto:genovabrignole.105@agenzie.italiana.it)

Io sottoscritto (Richiedente):

Nome Cognome		
Nato a	Prov.	il
Residente a		Prov.
Via		N°
Codice fiscale / P. IVA	N° iscrizione ANTOI	
Mail	Telefono	

Richiedo ad **Italiana Assicurazioni Agenzia Generale di Genova 105** l'emissione della Polizza di Responsabilità Civile Professionale per **TECNICO ORTOPEDICO**.

Dichiaro, anche ai sensi degli art. 1892, 1893 del Codice Civile quanto segue:

- di svolgere la professione di **TECNICO ORTOPEDICO**
- di AVER preso visione del fascicolo informativo

- 2.1 - di NON aver ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di **TECNICO ORTOPEDICO**  
**oppure**
- 2.2 - di AVER ricevuto, negli ultimi 5 anni, richieste di risarcimento per danni cagionati a terzi in relazione allo svolgimento della professione di **TECNICO ORTOPEDICO**
- 3.1 - di NON essere a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di **TECNICO ORTOPEDICO**  
**oppure**
- 3.2 - di ESSERE a conoscenza, alla data di compilazione del presente Modulo, di fatti o situazioni che possano determinare un danno, o comunque una richiesta di risarcimento relativa alla mia professione di **TECNICO ORTOPEDICO**

**Avvertenza: nel caso in cui siano state selezionate le dichiarazioni 2.2 e/o 3.2 l'attivazione della Polizza assicurativa sarà subordinata a maggiori valutazioni.**

**La richiesta dovrà essere inoltrata unitamente alle ulteriori informazioni utili per la valutazione del rischio da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.**

L'assicurazione perfezionata avrà effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato a **ITALIANA ASSICURAZIONI/BUZZI s.a.s codice IBAN IT 52V050340143700000001313**; in nessun caso la data di decorrenza dell'assicurazione potrà essere anteriore alla data di valuta di accredito del premio assicurativo sul conto corrente dedicato. **LA POLIZZA SARA' EMESSA SOLO DOPO VERIFICA DI EFFETTIVA ISCRIZIONE AD ANTOI, CON CONTROLLO AUTOMATIZZATO PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ASSOCIAZIONE**

**Il massimale assicurato per sinistro e per anno assicurativo è fissato in € 1.000.000,00 (€ unmilione/00), e per ogni sinistro resta a carico del TECNICO ORTOPEDICO una franchigia fissa di € 250,00 (€ duecentocinquanta/00)**

Il premio assicurativo comprensivo di imposte è convenuto in:

- € 75,00 (settantacinque/00)

Il pagamento tramite bonifico dovrà essere effettuato con la seguente causale: **emittenda polizza RC Professioni Sanitarie TECNICO ORTOPEDICO - Nome e Cognome**

Il presente Modulo deve essere compilato, datato e firmato dal Richiedente ed inviato unitamente a copia del bonifico all'indirizzo mail [genovabrignole.105@agenzie.italiana.it](mailto:genovabrignole.105@agenzie.italiana.it) oppure via fax al n. 010/543617

Data .....

Firma .....