



Scheda raccolta dati per copertura assicurativa

Nome: _____ Cognome: _____

Residenza: _____ Cap: _____ Città: _____

Luogo e data di Nascita: _____ C.F.: _____

@mail: _____ Cell.: _____

Iscritto alla Albo di : _____ Anno e N. di Iscrizione: _____

Attività Esercitata (specializzazione): _____

Massimale : €1.000.000,00 € 1.500.000,00 €2.000.000,00 €2.500.000,00
€3.000.000,00 € 5.000.000,00

Regime di Attività: Libero Professionista Convenzionato S.S.N. Ambulatoriale
Dipendente Ospedaliero

Precedenti Assicurativi: Compagnia _____ Massimale _____
Scadenza _____

Sinistri pregressi: Sì NO

Circostanze: Sì NO

Annotazioni:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

Firma

Roma, li _____
