

Mod. per estensione ai trattamenti sui tessuti periorali Questionario Ed. 31/12/2019

**RICHIESTA DI ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI PERIORALI (\*)**

**DATI COMPILATI DA ORIS BROKER**

DATA DI INIZIO DELLA COPERTURA BASE \_\_\_\_\_

GRADO DI RISCHIO ATTUALE \_\_\_\_\_

N. SINISTRI DENUNCIATI SULLA COPERTURA BASE \_\_\_\_\_

INDICARE IL NUMERO E LE PARTI DI CIASCUN SINISTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SE LA DOMANDA VIENE COMPILATA MANUALMENTE, SI PREGA DI UTILIZZARE LO STAMPATELLO

**AVVERTENZA:** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nella compilazione del modulo di adesione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

**ADERENTE/ASSICURATO** (si evidenzia che la copertura è riservata agli associati ANDI aderenti alla polizza RC Professionale Odontoiatra)

cognome e nome	Tel. preferenziale
luogo e data di nascita	
codice fiscale (obbligatorio) e partita IVA	

iscritto alla sezione provinciale ANDI di \_\_\_\_\_ codice ANDI N. \_\_\_\_\_

DECORRENZA ADESIONE ore 24.00 del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (giorno/mese/anno)

**QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO**

**PRESO ATTO CHE LA GARANZIA ASSICURATIVA RIGUARDA ESCLUSIVAMENTE I FILLER A BASE DI ACIDO IALURONICO E L'USO DI APPARECCHI ELETTROMEDICALI, L'ASSICURATO:**

**DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO ALL'USO DI FILLER?**  NO  SI

SE SI RISPONDA ALLE DOMANDE CHE SEGUONO:

1) **HA ACQUISITO UNA SPECIFICA FORMAZIONE PER LE SUMMENZIONATE PRESTAZIONI?**  NO  SI

IN CASO AFFERMATIVO INDICHI LA DURATA COMPLESSIVA DELLA FORMAZIONE PRECISANDO I SOGGETTI

GIURIDICI CHE L'HANNO EROGATA (si prega di allegare la attestazione relativa alla formazione)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) **HA GIÀ UN'ESPERIENZA PRATICA NELL'USO DEI FILLER?**  NO  SI

SE SI INDICHI A QUALE ANNO RISALGONO LE SUE PRIME ESPERIENZE E FINO A QUANDO SONO

PROSEGUITE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) HA RICEVUTO RICHIESTE RISARCITORIE O COMUNQUE CONTESTAZIONI DA PARTE DI PAZIENTI A SEGUITO DELL'USO DI FILLER?  NO  SI

SE SI INDICARE I PRODOTTI UTILIZZATI E IL TIPO DI DANNO PROVOCATO

---

---

4) DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO ALL'UTILIZZO DI APPARECCHI ELETTROMEDICALI?  NO  SI

SE SI INDICARE LA TIPOLOGIA DELLE APPARECCHIATURE E LA FUNZIONE DI OGNUNA

---

---

5) HA ACQUISITO UNA SPECIFICA FORMAZIONE PER L'UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE DA LEI INDICATE?  NO  SI

IN CASO AFFERMATIVO INDICHI LA DURATA COMPLESSIVA DELLA FORMAZIONE E DEI SOGGETTI GIURIDICI CHE L'HANNO EROGATA (si prega di allegare l'attestazione relativa alla formazione)

---

---

6) HA GIÀ ACQUISITO UN'ESPERIENZA PRATICA NELL'USO DEGLI APPARECCHI ELETTROMEDICALI?

NO  SI

SE SI INDICHI A QUALI ANNI RISALGONO LE SUE PRIME ESPERIENZE E FINO A QUALE ANNO SONO PROSEGUITE

---

---

7) HA MAI RICEVUTO RICHIESTE RISARCITORIE O COMUNQUE CONTESTAZIONI DA PARTE DI PAZIENTI A SEGUITO DI TRATTAMENTI ELETTROMEDICALI?  NO  SI

SE SI INDICARE IL TIPO DI APPARECCHIATURA E I DANNI PROVOCATI

---

---

SE GLI SPAZI PREDISPOSTI PER LE RISPOSTE NON FOSSERO SUFFICIENTI PUO' UTILIZZARE FOGLI SEPARATI RICHIAMANDO IL NUMERO IDENTIFICATIVO DELLE DOMANDE.

**DICHIARO DI CONOSCERE IL TESTO ASSICURATIVO, COMPRESSE LE SPECIFICHE DELL'ACIDO IALURONICO, CUI SI RIFERISCE IL QUESTIONARIO E DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE AVENDO PRESENTE QUANTO PREVISTO DAGLI ART. 1892 E 1893 C.C.**

In fede

---

luogo e data

L'aderente/assicurato

**(\*) SI PRECISA CHE ANCHE IN FUNZIONE DELLE DIVERSE LEGISLAZIONI NAZIONALI E QUINDI A TUTELA SIA DEL PAZIENTE CHE DELL'ASSICURATO L'ESTENSIONE VALE ESCLUSIVAMENTE PER LE PRESTAZIONI EFFETTUATE NEL TERRITORIO ITALIANO.**

In fede

---

luogo e data

L'aderente/assicurato