

POLIZZA IN CONVENZIONE ANDI/CATTOLICA

DA COMPILARSI DA PARTE DEL FIDUCIARIO IN OCCASIONE DELL'ACCERTAMENTO PERITALE E DA TRASMETTERSI UNITAMENTE A QUEST'ULTIMO A TUTTI I DESTINATARI DELLA PERIZIA

SINISTRO n. _____ DEL _____

ASSICURATO _____ .DANNEGGIATO _____ ..

1) Il/la danneggiato/a dichiara che le prestazioni di cui è oggetto la presente perizia sono state eseguite

integralmente dal Dr. _____ SI NO

solo parzialmente dal Dr. _____ SI NO

2) hanno partecipato alle terapie i professionisti di seguito elencati

cognome e nome _____ .. solo relativamente alle seguenti prestazioni

cognome e nome _____ .. solo relativamente alle seguenti prestazioni

Eventuali altre annotazioni

_____ ..

Da compilarsi ai fini statistici da parte del perito:

DANNI A PERSONE			
11	ORTODONZIA / GNATOLOGIA	15	PROTESI
12	CONSERVATIVA / ENDODONZIA	15	PROTESI SU IMPIANTI
13	CHIRURGIA	16	ANESTESIA
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA	19	ALTRE MANOVRE CLINICHE
14	CHIRURGIA IMPLANTOLOGICA CARICO IMMEDIATO		
DANNI A COSE			
21	DANNI AL VESTIARIO	22	DANNI DA ACQUA
29	ALTRI DANNI A COSE		
RCO/DANNI A TERZI PER ATTIVITA'NON PROFESSIONALI			
31	RCO	32	DANNI A TERZI PER CONDUZIONE STUDIO

Per ulteriori informazioni di qualsiasi tipo è possibile integrare il modulo su carta libera

_____ ..
firma del danneggiato

_____ .
firma del perito

Mod. fiduciari e tipologia sx RC Ed. 31/12/2019