

DENUNCIA RC PROFESSIONALE ODONTOIATRA POLIZZA N. 2106.32.300320

Parte riservata alla Compagnia di Assicurazioni

SINISTRO APERTO IL ... CON NUMERO ... INVIATO AL CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI DI ... TELEFONO ... FAX ... AFFIDATO AL LIQUIDATORE ...

Il presente modulo deve essere compilato dall'Assicurato in modo chiaro. Se lo spazio fosse insufficiente è possibile integrare il modulo su carta libera.

Il modulo va poi inoltrato a

ORIS BROKER Ufficio Rubricazione Sinistri - Via Ripamonti 44 - 20141 MILANO e-mail supporto@orisbroker.it tel. 02 30461010 - fax 02 30461002

Dati del Danneggiato

Form containing fields for Cognome e nome, Sesso, Data di nascita, Via o piazza, Cap, Città, Tel, Equipaziente abituale dello Studio, C/O Avvocato, and a second set of address fields.

I

Dati dell'Assicurato che effettua la denuncia

Form containing fields for Cognome e nome, Codice tessera ANDI, Codice fiscale o partita IVA, Via o piazza, Studio, Abitazione, Cap, Città, Tel, Fax, Cellulare, Indirizzo e-mail, Data di decorrenza della adesione alla Polizza, Data di pagamento del costo di adesione, Grado di rischio dell'attività assicurata, and a section for other insurance coverages.

Mod. denuncia sx RC Ed. 31/12/2019



**TIPOLOGIA DEL SINISTRO ED ATTIVITÀ ODONTOIATRICA CHE L'HA PROVOCATO**

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 ATTIVITÀ NON PROFESSIONALI			
31	RCO	32	DANNI A TERZI PER CONDUZIONE STUDIO

**DATA DEL SINISTRO** . . . . .  
(od in alternativa periodo di effettuazione delle prestazioni che l' hanno provocato)

**DATA DELLA RICHIESTA RISARCITORIA** ( se già ricevuta) . . . . .

**SOMMARIA DESCRIZIONE DEI DANNI PROVOCATI:**

. . . . .  
. . . . .

Stima del danno	Valore delle prestazioni che l' hanno causato	Acconti percepiti per tali prestazioni
Euro . . . . .	Euro . . . . .	Euro . . . . .

**DOCUMENTI ALLEGATI**

RELAZIONE CLINICA SUL SINISTRO
COPIA DEI PREVENTIVI
COPIA DELLE RICEVUTE/FATTURE SANITARIE EMESSE
COPIA DELLA POLIZZA ATTIVA AL MOMENTO DEGLI EVENTI OGGETTO DI CONTESTAZIONE SE VERIFICATISI OLTRE UN DECENNIO DALLA DATA DI ADESIONE Compagnia . . . . . Numero di Contratto . . . . . Barrare <b>NO</b> in mancanza di precedenti coperture
RICHIESTA DELLA CONTROPARTE (Ove già pervenuta)
RICHIESTA DEL LEGALE (Ove già pervenuta)
CITAZIONE (Ove già pervenuta)
RICORSO PER ATP (Accertamento Tecnico Preventivo)
ALTRI ATTI GIUDIZIARI (Ove presenti)

III

**DOCUMENTAZIONI CLINICHE DA TRASMETTERE**

CARTELLA CLINICA	Se non disponibile, la cronologia delle prestazioni deve essere riportata nella relazione clinica
RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
IMPRONTE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
ANALISI DI VARIO TIPO	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia
ALTRE	<input type="checkbox"/> Allegate alla denuncia <input type="checkbox"/> Tenute a disposizione della Compagnia

**Nota Bene:** quando presente, la documentazione riportata deve essere obbligatoriamente allegata alla Denuncia  
**ULTERIORI OSSERVAZIONI DA PARTE DELL'ASSICURATO:**

. . . . .  
. . . . .  
firma dell'assicurato

Mod. denuncia sx RC Ed. 31/12/2019