

**Modulo di richiesta attivazione polizza RC Professionale F.I.Te.La.B.
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

Io sottoscritto (Richiedente):

Nome Cognome		
Nato a	Prov.	il
Residente a		Prov.
Via		N°
Codice fiscale / P. IVA	N° iscrizione F.I.Te.La.B.	
Mail	Telefono	

Richiedo ad **Italiana Assicurazioni Agenzia Generale di Genova 105** l'emissione della Polizza di Responsabilità Civile Professionale per **TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.B.)**

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

- di svolgere la professione di **TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.B.)**
- 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 DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.B)**
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 DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.B.)**
- 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 DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.B.)**
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 DI LABORATORIO BIOMEDICO (F.I.Te.La.b.)**

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 52V0503401437000000001313**; 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 A F.I.Te.La.B. 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 DI LABORATORIO BIOMEDICO 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 F.I.Te.La.B. - Nome e Cognome**

Il presente Modulo deve essere compilato, datato e firmato dal Richiedente ed inviato unitamente a copia del bonifico e copia conferma iscrizione a F.I.Te.La.B. all'indirizzo mail genovabrignole.105@agenzie.italiana.it oppure via fax al n. 010/543617

Data

Firma