

DICHIARAZIONE DI ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

ESTREMI DEL CONTRATTO		
Coupon n.	Contratto n.	Assicurato
LA PRESENTE DICHIARAZIONE FORMA PARTE INTEGRANTE DELLA POLIZZA CUI SI RIFERISCE, LA QUALE RIMANE INVARIATA IN OGNI ALTRA SUA PARTE		
TESTO		
<p>Dichiaro di attivare la Polizza a Consumo del Medico Chirurgo Estetico Libero Professionista Extramoenia ed Intramoenia a garanzia della RC professionale per il seguente intervento</p> <p>TIPOLOGIA DI INTERVENTO La copertura è richiesta per l'intervento di _____</p> <p>GIORNO DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO L'intervento descritto si svolgerà in data _____</p> <p>STRUTTURA OVE VIENE ESEGUITO L'INTERVENTO L'intervento verrà eseguito nella Struttura (specificare se Pubblica, Accreditata o Privata) _____ (indicare denominazione Struttura e luogo di ubicazione)</p> <p>PAZIENTE Il Paziente sottoposto ad intervento è il/la Sig./Sig.ra (specificare Nome, Cognome e C.F.) _____</p> <p>Dichiaro di essere a conoscenza che in assenza di regolare compilazione di tutti i campi della presente Dichiarazione la copertura non è operante.</p>		
SOTTOSCRIZIONE		
L'ASSICURATO		

AVVERTENZA La dichiarazione di attivazione deve essere inviata con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi antecedenti l'esecuzione dell'intervento alla Compagnia al seguente indirizzo pec: rcprofessionale@pec.assicuratricemilanese.it