

Cuestionario ampliación de la Delimitación Geográfica de cobertura. Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

Nº DE PÓLIZA: 531000027

TOMADOR: Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid

ASEGURADO:

PROFESIÓN: Fisioterapeuta

1- País en el que se prestaría el servicio:

2- ¿Existe la obligación de disponer de una póliza de Responsabilidad Civil Profesional en el país en el que se prestará el servicio?

3- En caso afirmativo, especificar si hubiera un capital establecido para la póliza que se exigiera que se suscribiese en dicho país.

4- Nombre del centro, clínica u hospital en el que se prestará el servicio.

5- ¿Se trata de un Centro Público o Privado?

**6- ¿Estaría el solicitante cubierto por la póliza de seguros del centro, clínica u hospital?
Caso afirmativo ¿Cuál sería el importe del capital asegurado?**

7- Periodo de tiempo en el que el solicitante realizará su prestación en el país indicado. Especificar fecha inicial y final de la prestación del servicio.

8- Observaciones:

Fecha y Firma del solicitante: