

PI
QUESTIONARIO
ORGANISMI DI MEDIAZIONE
(DECRETO LEGISLATIVO 18 OTTOBRE 2010 N. 180)

Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza “Claims Made”, in base alla quale vengono coperte le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l’Assicurato durante il periodo di assicurazione in corso e da lui denunciati durante lo stesso periodo, nei limiti e termini di polizza, in relazione a fatti successivi alla data di retroattività stabilita.

I Sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A “non applicabile” ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi il foglio bianco “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE” allegato 2. Le risposte alle domande del presente questionario, sono di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un’attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all’indennizzo.

1.

- Ragione Sociale : _____
- Partita Iva e/o Codice Fiscale : _____
- Indirizzo (via, città, CAP, provincia) : _____
- _____
- Anno di inizio dell’attività _____
- Anno di iscrizione elenco: _____
- _____
- SitoWeb / Indirizzo internet _____

2.

Indicare i fatturati percepiti negli ultimi tre anni

ANNO	FATTURATO
2008	
2009	
2010	
Previsione 2011	

3.

Nome di tutti i Soci/Titolari/Amministratori	Carica	Anno	Da quanto tempo riveste il ruolo di Socio/Titolare/Amministratore	Titolo

4. Numero totale membri del personale:

Full time: _____

Part time: _____

5. Siete collegati o associati (finanziariamente o in altro modo) con qualsiasi altra Impresa, Azienda o Organizzazione?

- SI**
- NO**

Se si, fornire dettagli

6. Fornire descrizione dettagliata delle attività svolte:

7. Il Contraente ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per i medesimi rischi?

- SI**
- NO**

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

8. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

- SI**
- NO**

Se si, fornire dettagli

9. Massimale richiesto: _____

10. Quale franchigia siete disposti ad accettare? (Incluso spese e costi) _____

11. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

- SI**
- NO**

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

12. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro gli assicurati, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

- SI
- NO

Se si, fornire dettagli

LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA NON VINCOLA IL PROPONENTE ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Contraente, dichiara di aver ricevuto, letto e compreso il fascicolo informativo, contenente la nota informativa, comprensiva del glossario, le condizioni di assicurazione e il modulo di proposta della Polizza di Responsabilità Civile professionale dell'Organismo di Mediazione.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

Dichiara altresì di accettare il contenuto della Polizza di Responsabilità Civile professionale dell'Organismo di Mediazione nella sua totalità nel rivolgere agli Assicuratori la presente proposta.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

Anche agli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale propria e/o dei suoi sostituti, collaboratori o dipendenti con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente polizza e anche ove egli ne disconoscesse la riferibilità al comportamento proprio o dei suoi ausiliari. Si avverte il Contraente che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

GLI ASSICURATORI

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO N°1 - FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO N°2 - NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del questionario deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del questionario alla data dell'ordine fermo, per rivitalizzare il questionario precedentemente compilato e poter ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del questionario (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel questionario datato ____/____/_____. non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
