

**MODULO DI RACCOLTA DATI
RC PROFESSIONALE SEZ. A DEL R.U.I.**

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Iscritto SNA: Si No Se Sì da quale data (GG/MM/AA)? _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2) Il Proponente ha cambiato Società Mandante o domicilio negli ultimi 5 anni? Sì No

Se Sì, per quali ragioni? _____

3) Data (GG/MM/AA) in cui la Ditta è stata fondata e data (GG/MM/AA) di iscrizione all'Albo degli Agenti di Assicurazione o, per le Ditte fondate dopo il 28/02/2007, al Registro Unico degli Intermediari (RUI) – Sez. A: _____

4) a) Negli ultimi 5 anni è mai cambiato il nome della Ditta? Sì No
Se Sì, per quali ragioni? _____b) Vi sono state fusioni o acquisizioni negli ultimi 5 anni? Sì No

5) Indicare nome, qualifica, precedenti esperienze ed età di tutti i soci e/o amministratori:

1. _____

2. _____

6) Per le Ditte o ciascuna filiale indicata nei precedenti punti 1 e 2 e che si desidera includere nella copertura assicurativa, specificare il numero di:

a) Responsabili dell'attività di Intermediazione, rappresentanti legali, amministratori delegati, direttori generali N° _____b) Dipendenti, collaboratori, preposti, sub-agenti o altri soggetti iscritti in sez. E del RUI N° _____7) Status giuridico della Ditta: a) Agente Monomandatario b) Agente Plurimandatario

MANDATI IN ESSERE	RICHIESTA COPERTURA	
Compagnia 1)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 2)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 3)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 4)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

9) Durante l'ultimo Esercizio finanziario consolidato quale è stato:

a) il totale dei Premi lordi incassati € _____

b) il totale delle Provvigioni lorde, compresi eventuali rappel € _____

di cui derivanti dalla vendita di Fondi Pensione Aperti € _____

N.B. Per le Agenzie di nuova costituzione, indicare l'ammontare previsto delle provvigioni per il periodo compreso tra la data di costituzione e il 31/12 dell'anno corrente € _____

10) Provenienza dei volume dei premi (in percentuale): a) Mercato nazionale _____

b) Mercato estero _____

11) Indicate le percentuali dei rischi trattati in relazione al totale delle provvigioni incassate:

ATTIVITÀ	Consolidato anno precedente 20____ (%)	Stima anno successivo 20____ (%)
Linea Persone		
Linea Aziende		
Auto		
Fondi Pensione Aperti		
Vita		
Altro – specificare		
TOTALE	100%	100%

12) Indicare tutte le Assicurazioni a copertura del rischio di RC Professionale stipulate negli ultimi 3 anni:

Compagnia	Massimale della polizza	Scoperto/Franchigia	Retroattività	Periodo

13) Relativamente alle precedenti coperture assicurative, si sono mai verificate le seguenti circostanze?

- a) interruzione/recesso Sì No
- b) cancellazione Sì No
- c) rifiuto di rinnovo Sì No
- d) imposizione di clausole particolari Sì No

Alle eventuali risposte affermative dare maggiori dettagli:

14) Sono mai state presentate richieste di risarcimento nei confronti:

- a) della Ditta Sì No
- b) di Soci, Amministratori (attuali e non) Sì No

Alle eventuali risposte affermative dare maggiori dettagli:

15) I Soci o gli Amministratori sono a conoscenza di fatti o circostanze che possono dare luogo ad una richiesta di risarcimento nei confronti:

- a) della Ditta Sì No
- b) dei soggetti ai quali essa è subentrata Sì No
- c) di Soci, Amministratori (attuali e non) Sì No

Alle eventuali risposte affermative dare maggiori dettagli:

- 16) Rinnovo Automatico Sì No
- 17) Continuous Cover Sì No
- 18) Attività di perito del tribunale Sì No
- 19) Attività di libera docenza e/o formazione Sì No
- 20) Attività di conciliazione/mediazione Sì No