

MODULO DI RACCOLTA DATI

RESPONSABILITA' CIVILE DEI BROKER ASSICURATIVI

CONTRAENTE	Nome e Cognome: _____ (In caso di persona fisica)		
	Codice Fiscale: _____		
	Denominazione: (In caso di Società) _____		
	Codice Fiscale: _____		
Indirizzo posta elettronica e/o posta elettronica certificata: _____			
DOMICILIO	Cap. _____	Città _____	Provincia _____
	Via _____	Tel.: _____	Fax: _____
PROFESSIONISTI CHE OPERANO PER IL CONTRAENTE (Indicare solo gli iscritti nella sezione B del registro. Gli iscritti nella sezione E sono automaticamente coperti)	Nome e cognome	sezione registro	Data di abilitazione professionale
	N. 1 _____		
	N. 2 _____		
	N. 3 _____		
	N. 4 _____		
	N. 5 _____		
	N. 6 _____		
	N. 7 _____		
N. 8 _____			
CREDITI FORMATIVI	Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____		

LIMITE DI INDENNIZZO RICHIESTO Massimale per sinistro Massimale per periodo	<input type="checkbox"/> Massimali per sinistro e per anno (minimi di legge)	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 Massimale Unico
FRANCHIGIA (Crocesegnare)	<input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00	N.B: Montante provvigioni lorde annue fino ad € 150.000,00 - franchigia € 2.500,00 Montante provvigioni lorde annue oltre € 150.000,00 - franchigia € 5.000,00
MONTANTE PROVVIGIONI LORDE ANNUE	Totale delle Provvigioni lorde € _____	
RINNOVO AUTOMATICO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CONTINUOUS COVER	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Le risposte alle domande che seguono devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra i Soci e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo:

ALTRE ASSICURAZIONI	<p>Esiste altra polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>In caso di risposta affermativa allegare fotocopia della(e) polizza(e)</p>
PRECEDENTI ASSICURATORI	<p>E' esistita altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare:</p> <p>Compagnia : _____ num. polizza: _____ Data inizio : ____ / ____ / ____ data termine: ____ / ____ / ____</p> <p>Motivo: <u>disdetta</u> <input type="checkbox"/> da Assicuratori <input type="checkbox"/> da assicurato <input type="checkbox"/> altro: _____ non rinnovata</p>
ESTENSIONI	<p><input type="checkbox"/> Attività di Corrispondente di _____ <input type="checkbox"/> Attività di "delegato all'accettazione dei rischi" <input type="checkbox"/> Attività di broker riassicurativo <input type="checkbox"/> Copertura reclami tardivi. <input type="checkbox"/> Estensione alla attività di conciliazione/mediazione</p>
SINISTRI PRECEDENTI	<p>L'assicurando o taluno dei Professionisti che operano per il Contraente ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato datato e sottoscritto.</p>

Il contraente dichiara, anche per conto degli altri Professionisti che operano per il Contraente :

a) di non essere a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;	In caso contrario fornire dettagli:
b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;	In caso contrario fornire dettagli:
c) che per l'ultimo anno fiscale (consuntivo) le provvigioni percepite derivanti da contratti nel ramo trasporti e/o rischi aeronautici (corpi e/o merci) non superano il 10% del totale delle provvigioni annue maturate;	In caso contrario fornire dettagli: