

MODULO DI RACCOLTA DATI

Organismo di Mediazione

1. 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 _____
Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2.
➤ Indicare i fatturati percepiti.

Anno 2...	FATTURATO

3.
➤ Il Contraente ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale/D&O?
Sì No

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

4.
➤ 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?
Sì No

Se sì, fornire dettagli

5.
➤ 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?
Sì No

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

6.
➤ 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?

Sì No

Se sì, fornire dettagli

7. Rinnovo Automatico Sì No

8. Continuous Cover Sì No

9. Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione/data inizio attività Cinque anni Dieci anni Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

10. Indicare i primi nominativi, per i restanti eventuali altri soggetti abilitati secondo i parametri disposti dal decreto n. 180 del 18/10/2010 e successive modifiche, faranno fede la documentazione prodotta all'atto dell'iscrizione che l'Assicuratore si riserva di chiedere in caso di sinistro.

Anagrafica degli assicurandi:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

SPLIT DEL FATTURATO PER ATTIVITA' DI ORGANISMO DI MEDIAZIONE

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per l'attività esercitata

	ANNO CORRENTE 2.....	ANNO SUCCESSIVO 2..... (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA Indicare il fatturato annuo derivante dalla attività di mediazione svolta secondo le leggi che disciplinano l'attività		
<input type="checkbox"/> Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
TOTALE	€	€