ITALIASSICURA BROKER SRL

YOUR INSURANCE PARTNER

MODULO DI RACCOLTA DATI

Cognome e Nome del Contraente: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ CAP |__|__|__|__|__| PR |__|__|

Cod. Fisc.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| P.IVA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data e Luogo di Nascita: _____

Data di Iscrizione all'Albo e Data Inizio Attività: _____

Email: _____

PROFESSIONE / ATTIVITA' _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

SCELTA DEL MASSIMALE

☐ 5.000 €	☐ 10.000 €	☐ 20.000 €

INDICARE L'ATTIVITA' SVOLTA

☐ Dirigenti Tecnici / Dirigenti Legali iscritti all'Albo Speciale / Alte professionalità
☐ Organo di vertice
☐ Posizioni Organizzative Tecniche e altri dipendenti tecnici
☐ Altri Organi / liberi professinisti con incarico funzionale di consulenza delle P.A.sogetti alla Corte de Conti
☐ Dirigenti Amministrativi / Attività specifiche / Collegio dei Revisori / Collegio Sindacale
☐ Altri Amministratori / Assessori
☐ Posizioni Organizzative Amministrative e altri dipendenti Amministrativi
☐ Componenti di altri organi collegiali e altre specifiche professionalità

Negli ultimi 5 anni, si sono mai verificate o si è a conoscenza di una o più condizioni tra le seguenti:

- annullamento/rifiuto di concedere o rinuncia a rinnovare la copertura assicurativa per la tutela legale dell'Assicurato? ☐ Si ☐ No
- richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente? ☐ Si ☐ No
- circostanza che possa dare origine ad una perdita/richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? ☐ Si ☐ No

Se è stato risposto 'si' ad una delle domnade precedenti, allegare la documentazione disponibile e fornire dettagli:

_____

_____