

MODULO DI RACCOLTA DATI RC PROFESSIONALE TECNOLOGO ALIMENTARE

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

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. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto

250.000,00 € 500.000,00 € 750.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____

4. Rinnovo Automatico Sì No

5. Continuous Cover Sì No

6. Periodo di retroattività richiesta: Sì No

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

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Sì No

Se sì, 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? Sì No

Se sì, fornire dettagli

9. 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

10. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Sì No

Se sì, fornire dettagli

SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
Studio e progettazione	€	€
Direzione e sorveglianza	€	€
Conduzione e collaudo	€	€
Gestione e contabilità	€	€
Marketing, distribuzione e approvvigionamento	€	€
Analisi dei prodotti	€	€
Accertamento e controllo	€	€
Definizione standard e capitolati	€	€
Funzioni peritali e arbitrali (CTU)	€	€
Statistiche e ricerche di mercato	€	€
Ricerca e sviluppo dei processi	€	€
Pianificazione alimentare con altri professionisti	€	€
Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione	€	€
Formatore sulle tematiche del tecnologo alimentare	€	€
Addestramento	€	€
Stesura documentazione di valutazioni aziendali e verifica di gestione.	€	€
Attività ex Decreto Legislativo N.81 9/4/08	€	€
Altro*	€	€
TOTALE		

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sottolimiti)? Sì No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

*VI-Altro specificare:
