



FASCICOLO INFORMATIVO PARTE II

MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre **compilare, datare e firmare** la presente proposta solo dopo un'attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

EDP Company



1) Nome e Cognome del Proponente _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente _____

Indirizzo del Proponente:

Via _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Data di inizio dell'attività ___/___/___

Anno di iscrizione all'albo ___/___/___

Sito Web: www. _____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Indirizzo PEC: _____@_____



EURO-AMERICAN



2. Massimale richiesto

250.000,00 €

2.000.000,00 €

500.000,00 €

2.500.000,00 €

1.000.000,00 €

5.000.000,00 €

1.500.000,00 €

Altro indicare: € _____

3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Si

No

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

Nome Assicuratore: _____

Massimale: € _____

Franchigie o Scoperti: € _____

Premio Lordo: € _____

Scadenza: ___/___/_____

Retroattività: _____

4. 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?

Si

No

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

5. 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?

Si

No

Se si, fornire dettagli



EURO-AMERICAN



6. 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

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

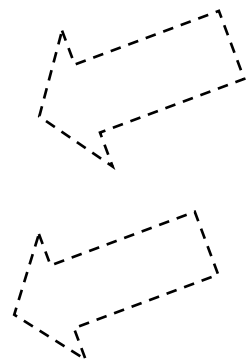
La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



IMPORTANTE

EURO-AMERICAN SRL si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

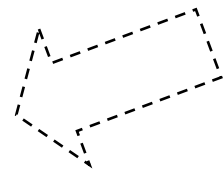
EURO-AMERICAN SRL si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è EURO-AMERICAN SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

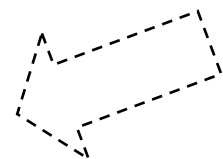
Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

Data

Nome e funzione di chi firma



Timbro e firma



Allegato No.1

Composizione del fatturato per:

Centro Elaborazione Dati (EDP Company)

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

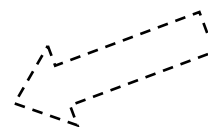
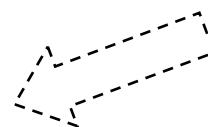
ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria di CED	€	€
Altro **	€	€
TOTALE	€	€

** Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



Allegato No.2

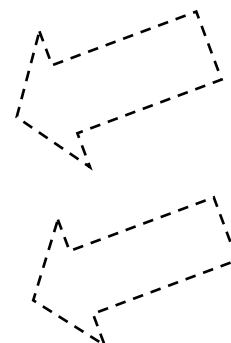
FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671