



Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale degli Organismi di Conciliazione

INFORMAZIONI GENERALI

Nome della Società da assicurare:

Via/piazza:

Città:

C.A.P.:

Prov.:

Codice fiscale:

Partita IVA:

Tel.:

Fax.:

E-mail:

Anno inizio attività:

Numero iscrizione presso il Registro del Ministero della Giustizia:

Generalità di ciascun Socio/Responsabile

Cognome e Nome	Qualifica	Data di nomina

Indicare numero totale di:

Mediatori:

Formatori:

1. Ha la Società o alcuno dei suoi Dirigenti/Socci/Amministratori associazioni o interessi finanziari in altre Società o organizzazioni (diverse da quote o azioni di Società quotate pubblicamente)?

SI NO

2. Totale lordo degli introiti fatturati per ciascuno dei passati 3 anni

MEDIAZIONE

FORMAZIONE

€ _____ 2015

€ _____ 2014

€ _____ 2013

3. Introiti lordi previsti per il corrente esercizio finanziario non concluso € _____

4. Introiti lordi previsti per il prossimo esercizio finanziario € _____

5. L'introito maggiore annuale ricevuto da un singolo cliente € _____

6. Indicare la data di termine del Vostro esercizio finanziario

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

SI NO

Se "Sì", indicare:

Compagnia		Retroattività	
Massimale		Scoperti/Franchigie	
Data di scadenza		Premio Lordo Annuo	

Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni

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?

SI NO

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 ?

SI NO

Se "Sì", fornire tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, su propria carta intestata, 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 ?

SI NO

Se "Sì", fornire tutti i dettagli possibili su propria carta intestata.

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente dichiarazione è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".
Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Firma _____

Data: _____

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi

- a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi**
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento**
- c) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità**
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio**
- e) di comprendere e sottoscrivere che questa proposta, così come ogni altra informazione fornita formerà parte integrante del contratto assicurativo**
- f) di impegnarsi a informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione delle informazioni contenute in questa proposta e negli eventuali allegati**

Firma _____

Data: _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP

Firma _____

Data: _____