



Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale dei Tecnologi Alimentari

Informazioni generali

Cognome e Nome (o denominazione in caso di studio associato o società) del Proponente

.....

Indirizzo del proponente:.....

Città..... C.A.P..... Prov.....

Codice fiscale..... Partita IVA.....

Cellulare..... Fax..... E-mail.....

Data inizio attività..... Data di nascita..... Num iscrizione all'Albo.....

Fatturato Totale Anno Precedente

Generalità di ciascun iscritto all'Albo in caso di studio associato o società:

Cognome e Nome	N. iscrizione all'Albo	Data iscrizione all'Albo	P.IVA (propria)*	Fatturato *

**SE SI RICHIEDE DI ESTENDERE LA COPERTURA AI COMPONENTI DELLO STUDIO ASSOCIATO IN QUALITÀ DI DITTA INDIVIDUALE, INDICARE IL FATTURATO DELLE DITTE INDIVIDUALI CON ESCLUSIONE DEGLI IMPORTI RIGUARDANTI LE FATTURE EMESSE ALLA STESSA SOCIETÀ*

1. L'assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Sì No
Se "Sì", indicare:

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

Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni

2. 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", forniredettagli.....

3. Si esercita l'attività per imprese e/o società di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o di cui si sia direttamente o indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal C.C.? Sì No
Se "Sì", forniredettagli.....

- ✓ Franchigia fissa per sinistro € 1.000,00
- ✓ Retroattività 1 anno
- ✓ Premi annui lordi validi per i rischi in assenza di sinistri negli ultimi 5 anni

Barrare l'opzione di premio a cui si è interessati

FATTURATO	MASSIMALE		
	€ 250.000,00	€ 500.000,00	€ 750.000,00
Fino a € 30.000,00	€ 180,00	€ 260,00	€ 390,00
Fino a € 45.000,00	€ 220,00	€ 315,00	€ 475,00
Fino a € 60.000,00	€ 260,00	€ 370,00	€ 560,00
Fino a € 90.000,00	€ 400,00	€ 520,00	€ 710,00

**QUALORA L'ASSICURANDO ESERCITI L'ATTIVITA' DA MENO DI 12 MESI, I SUINDICATI PREMI VERRANNO SCONTATI DEL 10%.*

Barrare le estensioni di garanzia aggiuntive a cui si è interessati

- Conduzione Studio (RCT-RCO)
- Anni richiesti di retroattività 2 3 4 5 illimitata
- Copertura per le attività relative al D.Lgs 81/2008 (aumento del 15% del premio sopra proposto)
- Massimale superiore: € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00 € 3.000.000,00

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 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: _____