



## MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Intermediari Assicurativi deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente / Assicurato.

### Dati del Proponente:

Ragione Sociale o Cognome e Nome		
Sede Legale		
Cap	Città	Prov
Tel. fisso	Fax	
e-mail	Sito Internet	
Sede Operativa (se diversa dalla Sede Legale)		
Cap	Città	Prov
Tel. fisso	Fax	
Cod. Fiscale  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
Partita IVA  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
Data di iscrizione al RUI  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Numero di Iscrizione al RUI _____		

### POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

**AGENTE**

**BROKER**

*Resta esclusa l'attività Riassicurativa e di Coverholder*

**Massimale Annuo richiesto:**  € 1.875.927,00  € 2.500.000,00

€ 3.000.000,00  € 4.000.000,00  € 5.000.000,00

**Franchigia Fissa Richiesta:**  Senza Franchigia  € 1.000,00

€ 5.000,00  € 10.000,00  € 25.000,00

**Decorrenza/Effetto della Polizza richiesta: 31/12/2017 Scadenza al 31/12/2018**

La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Il pagamento del premio, a norma dell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione, può essere effettuato unicamente tramite Bonifico Bancario o Carta di Credito



Il Proponente \_\_\_\_\_



## MODULO PROPOSTA POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

### **Dichiarazioni del Proponente:**

Totale Provvigioni e compensi percepiti nell'esercizio precedente € \_\_\_\_\_

Premio Lordo calcolato sulla base della scheda costi: € \_\_\_\_\_

Precedente Assicurativi: Compagnia \_\_\_\_\_

Massimale € \_\_\_\_\_ Franchigia € \_\_\_\_\_

### **Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato**

#### **1 Sinistrosità progressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità professionale del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

#### **2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio**

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SI negli ultimi 5 anni

**Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.**

**Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato, e da lui denunciate alla Società, durante il Periodo di Assicurazione (salvo quanto previsto per il periodo di ultrattività) in conseguenza di fatti colposi, occorsi nel periodo Retroattività.**

**Il Proponente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.**

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.



\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**www.polizzarcintermediari.it è gestito da ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20

**Tel. 02.91.98.33.11 - Fax 02.87.18.10.98**

**www.polizzarcintermediari.it E-mail info@polizzarcintermediari.it PEC info@assimedici.eu**

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00 i.v.

