



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

Dichiarazioni del Proponente:

Precedente Assicurativi: Compagnia _____

Massimale € _____ Franchigia € _____

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

1 Sinistrosità pregressa 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 Personalii.

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.

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | ____

Il Proponente



polizzarcintermediari.it è gestito da ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.10.98

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

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

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011

Cap. Soc. 50.000,00 i.v.

