



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								Sez.			Numero di Iscrizione al RUI	

POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

☐ AGENTE ☐ BROKER ☐ Int. Serz E Fatturato anno Precedente € _____
☐ Estensione Binding Authority + 50%
Massimale Annuo richiesto: ☐ € 2.500.000,00 ☐ € 3.000.000,00
 ☐ € 4.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00

Franchigia Richiesta: ☐ Senza Franchigia ☐ € 5.000,00 ☐ € 10.000,00 ☐ € 20.000,00
Franchigia infedeltà dipendenti Collaboratori 1.000,00

Decorrenza della Polizza: ore 24,00 del 31/12/2025 - Scadenza ore 24,00 del 31/12/2026

Premio Annuo Lordo €

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, potrà essere effettuato unicamente tramite Bonifico Bancario o Carta di Credito

☐ **Bonifico bancario: BANCO BPM intestato ASSIMEDICI SRL**
 IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 - Causale: Ragione Sociale / Nome e Cognome

☐ **Carta di Credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. |_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|
 Scad. |_|_|_|_|/|_|_|_|_| CVV*|_|_|_|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa,

Vi conferiamo la nomina di mediatori di assicurazione esclusivamente per la presente copertura.
E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.
L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale.
Il compenso dell'attività è incluso nel premio sopra indicato.

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.assimedi.it E-mail **info@assimedi.it** PEC **info@assimedi.eu**

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011

Cap. Soc. 50.000,00 i.v





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 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.

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

 _____
Il Proponente