

Modulo di proposta per l'Assicurazione della responsabilità civile professionale
Proposal Form for the insurance of the professional indemnity

1	Name Of Proposer (Nome/Ragione Sociale del Proponente)		
	Head Office Address (Indirizzo)		
	Postcode and City (CAP e Città)		
	VAT Number (P.IVA/Codice Fiscale)		
	PEC, Email o FAX		
	WEB SITE (Sito internet)		
2	PROFESSIONAL BUSINESS OF FIRM: (Attività professionale esercitata - Breve descrizione)		
3	Please State Gross Fees Billed For Each Of The Last Five Completed Financial Years For The Names Insured As Indicated On Item 1 Of This Proposal: (Fornire l'ammontare complessivo degli introiti lordi degli ultimi 5 anni dei soggetti di cui ai punti 1 al netto dei fatturati incrociati)		
	Year (Anno di riferimento)	Fees in Euro Fatturato in Euro	Percentage of the fees concerning contracts stipulated in USA/Canada, Virgin Island Percentuale relativa a contratti in USA/Canada, Virgin Island
	n-4		
	n-3		
	n-2		
	n-1		
	Stima anno n*		

*anno n= anno corrente

4	Details Of Staff (Including Agency Staff) Employed To Carry Out The Professional Duties Listed In Q.2 (Fornire indicazioni dei collaboratori, compresi quelli interni, utilizzati nell'espletamento delle attività professionali descritte al punto 2)			
	Number of Partners/Directors (Numero dei Soci/Associati/Consiglieri/Dirigenti)			
	Name (Nome)	Qualifications (Qualifica professionale)	Date Qualified (Data di Iscrizione all'Ordine)	How long a Partner/Principal in this Practice (Da quanto tempo esercita l'attività in tale grado)
5	Has The Proposer Previously Proposed For Or Been Insured By A Professional Indemnity Policy? (Il Proponente ha mai sottoscritto proposte o e mai stato assicurato per la R.C. Professionale?)		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	IF YES (se si):			
	With Whom? (Compagnia)			
	Inception Date (Data di inizio)			
	Expiry Date (Data di scadenza)			
	Maximum Limit (Massimale)			
	Retroactive cover in the last policy (Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata)			
	No OF YEARS CONTINUOUS PREVIOUS INSURANCE (numero anni di copertura precedente continua)			
	Has Any Such Proposal Been Declined? (E' stata mai rifiutata la proposta?)		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	If "yes" please provide details: (Se SI fornire dettagli)			
6	Amount Of Indemnity Required: (Ammontare del Massimale richiesto)			
	€ 250.000,00	€ 500.000,00	€ 1.000.000,00	€ 1.500.000,00 € 2.000.000,00
	€ 2.500.000,00	€ 5.000.000,00	€ 7.500.000,00	

7	Is The Proposer After Enquiry Aware Of: (Dopo attento esame, il Proponente è a conoscenza di):	
	Any Costs Incurred By Them Or Any Claim Made Against Them For Professional Negligence, Error Or Omission (Successful Or Otherwise) In The Last Five Years? (aver risarcito danni o aver ricevuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative a errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni)?	Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Any Circumstance Or Event Which Might Give Rise To A Claim Against Them For Professional Negligence, Error Or Omission In The Last Five Years? (Circostanze o eventi che possano dare origine a richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni?)	Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	(*) In caso di risposta affermativa:	
	<ul style="list-style-type: none"> • indicare il relativo numero di riferimento pratica se le circostanze o le richieste di risarcimento sono già state denunciate su polizza emessa per il tramite di 	

<ul style="list-style-type: none"> • compilare la Scheda di Sinistro allegata
--

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

DECLARATION (Dichiarazione)

I, being an authorized representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.

(Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti di cui al punto 2 del presente questionario dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza)

Il sottoscritto dichiara inoltre: di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo.

Signed on behalf of Proposer

(Firmato in nome del Proponente)

Name ----- Position -----

Date

(si ricorda che non è possibile accettare richieste di copertura se la data sopra indicata supera i 30gg.)

