

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA

Soggetti assicurati

ATTIVITÀ:	<input type="radio"/> Adattatore di Dialoghi	<input type="radio"/> Informatore scientifico del farmaco/Rappresentante farmaceutico
	<input type="radio"/> Agenzia di Collocamento	<input type="radio"/> Insegnante
	<input type="radio"/> Archeologo	<input type="radio"/> Interior Designer/Progettista d'interni
	<input type="radio"/> Archivista	<input type="radio"/> Intrattenitore Culturale
	<input type="radio"/> Autoscuola e pratiche automobilistiche	<input type="radio"/> Interprete/ Traduttore
	<input type="radio"/> Bibliotecario	<input type="radio"/> Investigatore Privato
	<input type="radio"/> Brand Manager	<input type="radio"/> Istruttore di guida
	<input type="radio"/> Certificatore Energetico/Sistemi di riscaldamento	<input type="radio"/> Istruttore Yoga
	<input type="radio"/> Certificatore giocattoli	<input type="radio"/> Maestro di sci
	<input type="radio"/> Consulente Alimentare	<input type="radio"/> Mediatore
	<input type="radio"/> Consulente d'immagine	<input type="radio"/> Meteorologo
	<input type="radio"/> Consulente in marchi e brevetti	<input type="radio"/> Musicista e Produttore
	<input type="radio"/> Consulente legale / giurista di impresa	<input type="radio"/> Operatore Socio Assistenziale
	<input type="radio"/> Consulente pubbliche relazioni	<input type="radio"/> Operatore Socio Sanitario
	<input type="radio"/> Consulente Pubblicitario/Consulente Marketing	<input type="radio"/> Organizzatore eventi / matrimoni
	<input type="radio"/> Consulente/Consulente Familiare	<input type="radio"/> Pedagogista
	<input type="radio"/> Coordinatore Risorse Umane	<input type="radio"/> Personal Trainer
	<input type="radio"/> Copywriter/Direttore Multimedia/della Fotografia/Artistico	<input type="radio"/> Prevenzione incidenti/HACCP
	<input type="radio"/> Dermo Pigmentista/Trucco Permanente	<input type="radio"/> Promotore Organizzazioni Benefiche/Beneficenza
	<input type="radio"/> Disegnatore industriale	<input type="radio"/> Promotore Turistico
	<input type="radio"/> Doppiatore	<input type="radio"/> Promozione dei servizi di certificazione e formazione
	<input type="radio"/> Ecologo	<input type="radio"/> Ricostruttore Unghie
	<input type="radio"/> Economista	<input type="radio"/> Servizi di consulenza amministrativo-gestionale e di pianificazione aziendale
	<input type="radio"/> Enologo	<input type="radio"/> Statistico
	<input type="radio"/> Estetista	<input type="radio"/> Stilista
	<input type="radio"/> Formatore in corsi professionali pubblici e privati	<input type="radio"/> Storico/Storico dell'Arte
	<input type="radio"/> Fotografo	<input type="radio"/> Tatuatore
	<input type="radio"/> Geografo	<input type="radio"/> Tecnico del controllo qualità
	<input type="radio"/> Giardiniere	<input type="radio"/> Tutor Microcredito
	<input type="radio"/> Grafologo	<input type="radio"/> Promozione dei servizi di certificazione e formazione
	<input type="radio"/> Impresa Pompe Funebri	<input type="radio"/> Altro

ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO: MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		ANNO FATTURATO:
FRANCHIGIA:		

SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:

RETROATTIVITÀ (anni):

Assicurati

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE
---------	------	----------------	-------------	----------------------	-----------------	---------------

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA
-----------	-------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------------------

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	---------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....