MODULO DI RACCOLTA DATI

RC PROFESSIONALE ADDETTO ALLA SICUREZZA SUL LAVORO E TUTELA SALUTE

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio) ☐

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente_____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente_____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente_____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA)_____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA)_____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto 250.000,00 € ☐ 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ 1.500.000,00 € ☐ altro €_____ ☐
4. Rinnovo Automatico Si ☐ No ☐
5. Continuous Cover Si ☐ No ☐
6. Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività ☐ Cinque anni ☐ Dieci anni ☐ Illimitata ☐

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si ☐ No ☐

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

_____

8. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

9. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Si ☐ No ☐

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

_____

_____

10. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

_____

SPLIT DEL FATTURATO

Fatturato anno precedente _____

Fatturato anno corrente (stima) _____

Tipologia Attività

Consulenza D.lgs. n° 81/2008: _____%

Incarichi RSPP D.lgs. n° 81/2008: _____%

Estensioni da richiedere soggette ad incremento di premio

D.lgs. 447/1995 – Acustica ambientale	Si ☐	No ☐
D.P.R. 459/1996 – Valutazione conformità	Si ☐	No ☐
D.lgs. 40/2000 – Trasporto Merci Pericolose	Si ☐	No ☐
Lg 818/1984 – Prevenzione incendio	Si ☐	No ☐
D.lgs. 311/2006 – Certificazione energetica	Si ☐	No ☐
D.lgs. 231/01 – Responsabilità Amministrativa Società	Si ☐	No ☐
Conduzione Corsi formazione	Si ☐	No ☐
Consulenza/assistenza creazione protocollo D.lgs. 196/2003	Si ☐	No ☐
Consulenza/assistenza conseguimento e manutenzione certificazione ISO con esclusione attività di certificazione	Si ☐	No ☐
E' richiesta l'estensione RC Conduzione dello studio (con sottolimite)?	Si ☐	No ☐
Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio)	Si ☐	No ☐

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "split del fatturato" alla pagina precedente e indicare nominativi e P.Iva

_____

_____