ITALIASSICURA BROKER SRL
YOUR INSURANCE PARTNER

MODULO DI RACCOLTA DATI
RC PROFESSIONALE SOCIETA' DI EDP - CED

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. Massimale richiesto

250.000,00 € ☐ 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ 1.500.000,00 € ☐ altro € _____ ☐

3. Rinnovo Automatico Si ☐ No ☐

4. Continuous Cover Si ☐ No ☐

5. Periodo di retroattività richiesta: Si ☐ No ☐

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

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

6.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

_____

_____

7.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

_____

_____

8.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

_____

_____

9.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 PER SOCIETA' DI EDP

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata :

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2…….	ANNO CORRENTE 2….. (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA	€	€
☐ Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
☐ Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730 ☐ Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
Altro*	€	€
TOTALE	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sottolimite)? Si ☐ No ☐

*VI-Altro specificare:

_____

_____