

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Miscellaneous**
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ		CAP	PROVINCIA

Soggetti assicurati

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

ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:		ANNO FATTURATO:
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
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 (o anche in epoca antecedente qualora le suddette richieste di risarcimento e/o azioni perdurino a tutt'oggi o siano terminate sempre nell'arco degli ultimi 5 anni), anche se non notificate all'Assicuratore. I seguenti sinistri sono esclusi dalla copertura.

DATA EVENTO	DATA PRIMA RICHIESTA DI RISARCIMENTO	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. Le seguenti circostanze si intendono escluse dalla copertura se non diversamente pattuito.

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.....