



Questionario per la richiesta di copertura
Responsabilità Civile Professionale del Conciliatore/Mediatore

Avviso Importante

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio. È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente (nome, cognome, qualifica) _____

P. IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo: **€ 500,000**Franchigia richiesta: **€ 1.500****INFORMAZIONI FINANZIARIE**

Fatturato previsto per l'anno in corso	€
Fatturato anno precedente	€

SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

**Altre assicurazioni e precedenti assicuratori**

Ai proponenti è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) <i>Nome degli Assicuratori</i> _____ (b) <i>Massimale assicurato</i> € _____ (c) <i>Franchigia</i> € _____ (d) <i>Data di scadenza</i> _____ (e) <i>Numero di anni di copertura precedente continua</i> _____ Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

- a) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
- b) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
- c) di essere regolarmente abilitato allo svolgimento dell'attività di conciliatore/mediatore

Firma : _____

Nome e Cognome : _____

Data : _____