

QUESTIONARIO PROPOSTA - RC PROFESSIONALE
CONSULENTE E ADDETTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E AMBIENTALE –
ASSOCIATO AIAS

AVVISO IMPORTANTE

Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del c.c.

1. COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA/C.F.: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____ Comune: _____ (____) CAP: _____

DATA DI ASSOCIAZIONE AIAS _____

1.1 Dettagli ASSICURANDO / I

In caso di PROFESSIONISTA/DITTA INDIVIDUALE – Dettagli come da PUNTO 1.

In caso di SOCIETA' (specificare):

COGNOME e Nome	Attività Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Si richiede copertura per attività con propria P. IVA	
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2. Indicate l'ammontare dei Vs. introiti lordi degli ultimi 3 esercizi finanziari e la stima dell'esercizio in corso

Anno	Italia	Altri escluso USA e Canada	USA e Canada
20__			
20__			
20__ (stima)			

3. Indicare l'incidenza percentuale delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale

Attività svolta	%	Attività Svolta	%
D. Lgs 81/2008 (e/o 494/1996)		Trasporto Merci pericolose (D. Lgs 40/2000)	
HCCP - D. Lgs 155/1997		Prevenzione incendio (Legge 818/1994)	
Consulenza Ambientale (D. Lgs. 152/2006)		Inquinamento acustico (DPR. 447/1995)	
Certificazione Energetica (D. Lgs. 311/2006)		Verifica Impianti elettrici (DPR 462/2001)	
Valutazione di Conformità (D. Lgs 459/1996)		Formazione / Training	
Resp. Amm.va, gestione, controllo (D.Lgs 231/01)		Sicurezza Alimentare (D. Lgs 193/2007)	
ODV		DPO	

4. Si richiede l'estensione alla garanzia di Medico Competente ad un premio di € 250,00 lordo? SI NO

5. Prevedete delle variazioni significative in queste attività nei prossimi 12 mesi? Se sì, date dettagli

SI NO

6. Indicate quali sono i Vs. 3 maggiori clienti

Cliente/Client	Onorari Percepiti/Fees

7. Nell'esercizio della Vs. attività Vi avvalete della collaborazione di terzi, in qualunque forma prestata?

Se sì, dare dettagli

SI NO

Nota: salvo diverso accordo, gli Assicuratori si riservano di esercitare il diritto di rivalsa nei confronti di tali soggetti

8. Siete mai stato assicurato prima d'ora? Se sì, precisare

SI NO

Nome degli Assicuratori

Limiti di indennizzo

Franchigia/scoperto

Premio

Data di scadenza

9. Indicare se al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo

SI NO

In caso affermativo si prega di fornire dettagli

10. Massimale

<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 750.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000
<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____	

11. RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti:

- del Contraente/Assicurando o dei Soci o dei propri Dipendenti e Collaboratori;
- dei Professionisti Assicurandi o dei propri Dipendenti e Collaboratori.

SI NO

In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 1

Si precisa che, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE nr. 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati", Mithras Underwriting Europe srl tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

ESTENSIONI DI COPERTURA

- **Medicina del lavoro** SI NO
- **Organismi abilitati per le verifiche impianti (DPR 462/01)** SI NO
- **ODV** SI NO

In caso affermativo, specificare

- Società presso le quali si volge l'attività
(sono escluse le società quotate in borsa, ai sensi dell'appendice di estensione copertura)
- Introiti
- Data di conferimento incarico

N.B.: La copertura sarà operante per le sole aziende dichiarate alla data di compilazione del presente questionario

- **DPO** SI NO
- In caso affermativo, specificare

- Società presso le quali si volge l'attività
(sono escluse le società quotate in borsa, ai sensi dell'appendice di estensione copertura)
- Introiti
- Data di conferimento incarico

N.B.: La copertura sarà operante per le sole aziende dichiarate alla data di compilazione del presente questionario

12. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Contraente/Assicurando e degli altri soggetti di cui al punto 1.1) del presente Modulo di Proposta / Questionario, **DICHIARA:**

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, l'Assicuratore formulerà relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né l'Assicuratore alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del DIP e DIP Aggiuntivo, redatti ai sensi della Direttiva EU 2016/97, unitamente alle Condizioni di Assicurazione, Modulo di Proposta/Questionario;
- vi. Qualora il Contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente l'Assicuratore di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

ALLEGATO 1
SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO

1. Data della Richiesta di Risarcimento	
2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato	
3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento	
4. Prestazione professionale svolta dall'Assicurando da cui è derivata la Richiesta di Risarcimento	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento	

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____