

AVVISO IMPORTANTE:

Nel compilare il presente Questionario è vostro dovere comunicare tutti i fatti rilevanti agli Assicuratori. Per fatto rilevante si intende un fatto che può influenzare il giudizio degli Assicuratori nella valutazione del rischio. In caso di dubbio se un fatto sia rilevante o no, consultate il vostro intermediario assicurativo. **La mancata, o incorretta, informazione di fatti materiali agli Assicuratori potrebbe invalidare questa assicurazione o una qualsiasi richiesta di risarcimento presentata sotto essa.** Le indicazioni fornite da, e le dichiarazioni fatte da o per conto del Richiedente/i contenute in questo Questionario ed ogni altra informazione presentate o messa a disposizione da o per conto del Richiedente/i sono la base per la Polizza e saranno parte integrante della stessa.

1. DATI DELL' ASSICURANDO / RICHIEDENTE:

Nome dell' Assicurando: _____

Eta': _____

Codice Fiscale e P.IVA: C.F: _____

P.IVA: _____

Data di inizio attività: _____

Indirizzo: _____

2. **ATTIVITÀ SVOLTA DAL RICHIEDENTE:** Ispettore Abilitato

Ispettore Autorizzato

Ispettore Ausiliario

3. **IL PROPONENTE E' IN REGOLA CON I REQUISITI DI ABILITAZIONE E CORSI DI FORMAZIONE CONTINUATIVA?**

SI NO

4. **NUMERO ATTUALE DI DIPENDENTI:** _____

5. **RICAVI LORDI DEL RICHIEDENTE:** ultimo anno concluso EUR _____

stima anno in corso EUR _____

6. **MASSIMALI DI RC PROFESSIONALE RICHIESTI:**

EUR 500.000

EUR

SINISTRI, RECLAMI E RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Il Richiedente la copertura

Sezione Responsabilità professionale e Terzi

1.	ha mai ricevuto nei passati 5 anni un reclamo o una richiesta di risarcimento derivante da responsabilità civile professionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.	è a conoscenza di fatti, circostanze o situazioni, eventi o operazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento in forza della polizza assicurativa proposta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nel caso di una qualche risposta affermativa in questa sezione, pregasi fornire dettagli su foglio separato

Sezione Infortuni

1.	Ha mai subito infortuni? Se 'Sì', precisare quando, con quali lesioni e/o con quali postumi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.	Ha mai avuto indennizzi da Compagnie di Assicurazione? Se 'Sì', quando, perché, da quale Compagnia e con quale definizione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Ha altre polizze infortuni Lloyd's in corso? Se 'Sì', precisare con quali compagnie e per quali capitali (art. 1910 C.C.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.	Ha subito annullamenti di polizze infortuni? Se 'Sì', indicarne le motivazioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE:

CHIUNQUE CON INTENTI FRAUDOLENTI OVVERO CON LA CONSAPEVOLEZZA DI FAVORIRE LA COMMISSIONE DEL REATO DI FRODE AI DANNI DELL'ASSICURATORE, PRESENTI UN QUESTIONARIO O PROPONGA UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO CONTENENTE DICHIARAZIONI FALSE O INGANNEVOLI POTREBBE INCORRERE NEL REATO DI FRODE ASSICURATIVA.

Firma:

Data:

Il presente questionario deve essere firmato da un soggetto che ne abbia i poteri per conto del Richiedente

Il Richiedente conferma di aver preso visione dei documenti componenti il Dip e Dip Aggiuntivo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n.35 IVASS e successive modifiche e integrazioni.

Firma

Data: