

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO
 PER L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL
MEDIATORE CREDITIZIO – AGENTE IN ATTIVITÀ FINANZIARIA

AVVERTENZE

Ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete e le reticenze possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo.

Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande, è di estrema importanza essere a conoscenza delle **DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI** ed **ESTENSIONI** previste dalle condizioni di assicurazione. Si rimanda pertanto ad un'attenta lettura delle Condizioni di assicurazione.

La risposta a tutte le domande proposte deve essere fornita in modo esauriente; qualora lo spazio dovesse risultare insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare al presente questionario.

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. CONTRAENTE / ASSICURANDO

COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

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

Indirizzo e-mail: _____ Telefono: _____

Website: _____

2. ATTIVITÀ PROFESSIONALE

<input type="checkbox"/> MEDIATORE CREDITIZIO	<input type="checkbox"/> AGENTE IN ATTIVITÀ FINANZIARIA
Nr. di iscrizione OAM _____ del _____	Nr. di iscrizione OAM _____ del _____

3. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

3.1 Per **FATTURATO** si intendono gli introiti realizzati al netto di oneri ed imposte dall'01/01 al 31/12 di ciascun esercizio fiscale, rilevabili dall'ultimo Modello Unico, dall'ultima comunicazione dati IVA o dalla dichiarazione dei redditi.

FATTURATO ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	STIMA FATTURATO ESERCIZIO FISCALE IN CORSO
€ _____	€ _____

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

4.1 Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando / i? SI NO

Se SI, indicare:

Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale	Premio Lordo

4.2 Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo? SI NO
Se SI, fornire dettagli:

5. RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti del Contraente / Assicurando o dei propri Dipendenti e Collaboratori SI NO

5.2 Il Contraente / Assicurando oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti? SI NO

**In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 1
SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE**

6. COPERTURA E GARANZIE RICHIESTE

Si da e si prende atto che le garanzie operanti saranno quelle concordate tra le Parti e riportate nella Scheda di Copertura.

6.1 Massimale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Massimali previsti dalla Circolare n.1/12 (approvata dal Comitato di Gestione il 20/03/2012) contenente le disposizioni inerenti l'applicazione degli art. 128-quinquies e 128-septies del Testo Unico Bancario e dell'art. 16 del D.Lgs. n. 141/10 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatturato inferiore ad € 100.000,00: <ul style="list-style-type: none"> - Massimale per Sinistro € 500.000,00 - Massimale Aggregato Annuo € 1.000.000,00 ▪ Fatturato superiore ad € 100.000,00 ed inferiore ad € 500.000,00: <ul style="list-style-type: none"> - Massimale per Sinistro: € 750.000,00 - Massimale Aggregato Annuo € 1.250.000,00 ▪ Fatturato superiore ad € 500.000,00: <ul style="list-style-type: none"> - Massimale per Sinistro: € 1.250.000,00 - Massimale Aggregato Annuo € 1.750.000,00 |
|--|--|

Altro (specificare) € _____

6.2 Franchigia

Minima ALTRO (specificare) € _____

6.3 Retroattività

2 anni dalla data di decorrenza 5 anni dalla data di decorrenza Illimitata

In caso di inizio attività negli ultimi 2 anni, la data di Retroattività coinciderà con la data di inizio attività

6.4 ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

La copertura assicurativa può essere estesa alle garanzie di seguito indicate **previa richiesta dell'Assicurato ed accettazione da parte degli Assicuratori.**

Si intenderanno operanti solo le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura.

Condizioni di assicurazione		
Art. 30	Spese per il ripristino della reputazione	<input type="checkbox"/>

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

7. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto **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, gli Assicuratori formuleranno 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 né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni e delle Condizioni di Assicurazione (comprehensive di Glossario/Definizioni);
- vi. Qualora il contraente sia una Società, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto della Società e che i soci ed Amministratori hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori 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

SCHEMA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato	
3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
4. Attività svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____