

## QUESTIONARIO PROPOSTA – RC PROFESSIONALE INTERMEDIARI SEZIONE B – R.U.I. ASSOCIATI ACB

Attenzione: La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma “Claims Made”.

Si prega di voler indicare qualunque fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, così come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze in merito al rischio oggetto di assicurazione, potranno comportare l’annullamento del contratto di assicurazione o, comunque, la perdita parziale o totale dell’indennizzo, in caso di sinistro.

### 1) Generalità del Proponente

Nome e Cognome: .....

Ragione Sociale: .....

Indirizzo complete di Cap. e Provincia: .....

C.F. /P. IVA: ..... Numero di iscrizione al R.U.I. – sez. B: .....

Data in cui la Ditta/Società è stata fondata: ..... N° addetti .....

PEC ..... **Codice identificativo ACB** .....

- 2) Status giuridico del Proponente: a)  Broker assicurativo persona fisica/giuridica  
b)  Broker assicurativo/riassicurativo persona fisica/giuridica

- 3) a) Negli ultimi 5 anni è mai cambiato il nome della Ditta/Società? SI  NO

Se SI, per quali ragioni?

- b) Vi sono state fusioni o acquisizioni negli ultimi 5 anni? SI  NO

Se SI, quali?

- 4) Indicare nome e qualifica degli addetti all’attività di intermediazione iscritti al R.U.I nella sezione B del Proponente e relativo numero di iscrizione:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

- 5) Il Proponente è Lloyd’s Correspondent - OMC? SI  NO

- 6) Il Proponente è Lloyd’s Coverholder? SI  NO

**In caso di risposta affermativa, si prega di completare il questionario supplementare allegato alla presente Proposta**

7) Durante l'ultimo esercizio finanziario qual è stato:

- a) il totale dei Premi incassati? Euro.....
- b) il totale delle Fatture + Commissioni lorde? Euro.....

N.B.: nel caso in cui la Ditta/Società sia di nuova costituzione è sufficiente una previsione per i successivi 12 mesi.

8) Indicate le percentuali di rischi trattati in relazione al totale dei premi incassati

- |                               |   |                        |   |
|-------------------------------|---|------------------------|---|
| a) Non-Marine/rami elementari | % | e) Pensioni e Vita     | % |
| b) Marine                     | % | f) Riassicurazione     | % |
| c) RC Auto/ARD                | % | g) Altri (specificare) | % |
| d) Aviazione                  | % |                        |   |

9) Relativamente alle precedenti coperture assicurative dell'Assicurato, si sono mai verificate le seguenti circostanze?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) interruzione/recesso                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) cancellazione                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c) rifiuto di rinnovo                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d) imposizione di clausole particolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso di risposte affermative, si prega di fornire maggiori dettagli su foglio separato.

10) Sono mai state presentate richieste di risarcimento nei confronti:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) dell'Assicurato (Persona fisica/Ditta/società)      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) dei soggetti ai quali si è eventualmente subentrati | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c) di Soci, Amministratori, presenti o passati         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso di risposte affermative si prega di fornire maggiori dettagli su foglio separato

11) Il Proponente e tutti gli assicurandi sono a conoscenza di fatti e/o circostanze che possano dar luogo a una richiesta di risarcimento nei loro confronti?

In caso di risposta affermativa si prega di fornire maggiori dettagli su foglio separato SI  NO

12) Massimale di copertura richiesto per sinistro e in aggregato annuo:

- |                                      |                                       |                                      |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 1.900.000 | <input type="checkbox"/> € 2.500.000  | <input type="checkbox"/> € 5.000.000 |
| <input type="checkbox"/> € 7.500.000 | <input type="checkbox"/> € 10.000.000 | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

- 13) Richiedete – in caso di sinistro – il reintegro (per una volta all’anno) del  
massimale fino al limite minimo richiesto dalla legge?  SI  NO

N.B. La presente estensione richiede applicazione di un premio addizionale

- 14) Franchigia per ciascun sinistro?
- |                                   |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 2.500  | <input type="checkbox"/> € 5.000  | <input type="checkbox"/> € 7.500  | <input type="checkbox"/> € 10.000 |
| <input type="checkbox"/> € 12.500 | <input type="checkbox"/> € 15.000 | <input type="checkbox"/> € 20.000 | <input type="checkbox"/> € 25.800 |
| <input type="checkbox"/> € 32.500 | <input type="checkbox"/> € 50.000 |                                   |                                   |

Si dichiara che tutto quanto sopra indicato corrisponde alla realtà dei fatti e che non sono state omesse o sottaciute circostanze o fatti materiali tali da poter influire sul presente contratto. Si prende, altresì, atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso.

Il proponente dichiara, inoltre, di essere associato ad ACB e di aver regolarmente saldato tutte le quote associative di propria spettanza.

DATA

FIRMA

---

---

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL’ART. 32, COMMA SECONDO, REGOLAMENTO ISVAP 26 MAGGIO 2010, N. 35, e s.m.i. IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- A) Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- B) Condizioni di Assicurazione
- C) Modulo di Proposta

DATA

FIRMA

---

---

QUESTIONARIO SUPPLEMENTARE CRIME - Infedeltà  
**estensione di garanzia per atti infedeli verso l'Assicurato**  
(da compilare solo se interessati a tale estensione)

- a) Sono mai accaduti atti criminosi da parte di un vostro Dipendente o un vostro iscritto in Sezione E a danno dell'Assicurato? (*esempio: appropriazione criminosa, fraudolenta o indebita di denaro, titoli, proprietà o fondi*)

In caso di risposta affermativa si prega di fornire dettagli nello spazio sottostante

---

---

---

---

---

---

- b) Siete a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dar luogo a sinistri indennizzabili dalla presente estensione di garanzia

In caso di risposta affermativa si prega di fornire dettagli nello spazio sottostante

---

---

---

---

---

---

Somma assicurata richiesta per sinistro e per anno assicurativo

- Se il Massimale di polizza RC Professionale acquistato è inferiore a € 5.000.000
  - € 15.000 per sinistro / € 30.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 2.500 per sinistro)
  
- Se il Massimale di polizza RC Professionale acquistato è di € 5.000.000
  - € 15.000 per sinistro / € 30.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 2.500 per sinistro)
  - € 25.000 per sinistro / € 50.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 3.500 per sinistro)
  
- Se il Massimale di polizza RC Professionale acquistato è di almeno € 7.500.000
  - € 15.000 per sinistro / € 30.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 2.500 per sinistro)
  - € 25.000 per sinistro / € 50.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 3.500 per sinistro)
  - € 30.000 per sinistro / € 60.000 per periodo di assicurazione (franchigia € 5.000 per sinistro)

DATA.....

FIRMA.....



### QUESTIONARIO SUPPLEMENTARE – COVERHOLDERS

PROPONENTE / ASSICURATO: \_\_\_\_\_

Nome di chi detiene l'Authority e/o potere di accettazione di rischi	Tipologia di rischio	Tipo di Authority e/o potere di accettazione di rischi	Nome del Lloyd's Syndicate e/o Compagnia di assicurazione	Massimali per ciascun rischio	Vi sono tassi, termini e condizioni stabiliti dagli Assicuratori prima della accettazione (SI/NO)	Premi annuali	Commissioni annuali	Nomi dei responsabili, loro posizione nella Ditta proponente precedenti esperienze	Metodo operativo *

\* METODO OPERATIVO: 1) segnare con la lettera "A" se l'Authority e/o potere di accettazione di rischi è relativa a clienti diretti del broker;  
2) segnare con la lettera "B" se concessa anche per affari proposti da altri intermediari

DATA.....

FIRMA.....