

Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's

Direzione Generale e Sede Legale: 20121 Milano, Corso Garibaldi, 86 - Tel. 02 6378881
 Indirizzo telegrafico LLOYD'S MILANO - Autorizzazione all'esercizio delle Assicurazioni concessa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 2 luglio 1986 (G.U. 7.7.1986 n. 155) CCIAA 1392364 – Iscrizione al Tribunale di Milano n. 325307/8089/7 - Cod. Fisc. 07585850584 - Part. IVA 10655700150

Iscritti alla sez. E del RUI (collaboratori degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D che operano al di fuori dei locali di tali intermediari)

NOTA PER LA COMPILAZIONE: OVE LE DOMANDE PROPONGANO UNA RISPOSTA CON OPZIONI PREDEFINITE, BARRARE QUELLA SCELTA

Avviso Importante / Important Notice

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 / The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and any further documentation or information underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly

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 poichè ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa / It is fundamental that the Proposer is aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your local broker as any erroneous or inaccurate information could compromise any indemnification or could lead to cancellation of the policy.

1	Nome/Ragione Sociale del Proponente NAME OF PROPOSER		
	Indirizzo HEAD OFFICE ADDRESS		
	CAP e Città		
	P.IVA /VAT		
	Codice Fiscale/Fiscal Code		
	PEC Email		
	Telefono/Phone number		
	Il proponente dichiara di essere		<input type="checkbox"/> Persona Fisica <input type="checkbox"/> Ditta Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica
2	<u>Attività Professionale esercitata:</u> Professionale Activity:	<input type="checkbox"/> Collaboratore degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del RUI che operano al di fuori dei locali di tali intermediari <input type="checkbox"/> altro (fornire dettagli)	
3	Data di iscrizione al RUI: __/__/____ (gg/mm/aaaa)	n. iscrizione RUI:	
4	INFORMAZIONI FINANZIARE / financial information		
	Anno/Year	Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno dei passati 5 anni / Total Gross Fees invoiced for each of the past 5 years	
	2017	Euro	Euro
	2016	Euro	Euro
	2015	Euro	Euro
	2014	Euro	Euro
2013	Euro	Euro	
Fatturato previsto per l'anno in corso / Estimated fees/turnover for present year		Euro	

5	ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / OTHER INSURANCES AND PREVIOUS INSURERS	
	E' in corso altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati? / Is there another PI Insurance policy covering the Proposer or any of his associated partners?	<input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO/NO
	In caso di risposta affermativa, fornire i dettagli richiesti di seguito / If Yes, please give details.	
	Nome degli Assicuratori / Name of Insurers	
	Massimale assicurato / Limits of Indemnity €	
	Franchigia / Excess €.	
	Data di scadenza / Expiry date	
	Data di retroattività/ retroactive date	
	Numero di anni di copertura precedente continua / Number of years of continuous previous insurance	
	Ai proponenti è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? / Have the Proposers been refused insurance similar to that now being requested?:	<input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO/NO
In caso di risposta affermativa, fornire dettagli in allegato / If Yes, please attach details		
6	Retroattività richiesta/ Retroactive cover required	
	<input type="checkbox"/> Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (as expiry)	
	<input type="checkbox"/> Nessuna (nill)	<input type="checkbox"/> 4 anni (4 years)
	<input type="checkbox"/> 1 anno (1 year)	<input type="checkbox"/> 5 anni (5 years)
	<input type="checkbox"/> 2 anni (2 years)	<input type="checkbox"/> 10 anni (10 years)
	<input type="checkbox"/> 3 anni (3 years)	<input type="checkbox"/> illimitata (unlimited)
NB: Nel caso di continuità di copertura assicurativa, verrà concessa gratuitamente la stessa retroattività del contratto in scadenza (sopra indicato)		
<i>In case of "continuity of coverage" it will be granted the same retroactive date of expiring policy (as indicated above)</i>		
7	Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo / Limit of Indemnity any one claim and in the annual aggregate:	
	<input type="checkbox"/> € 250.000,00 <input type="checkbox"/> € 500.000,00 <input type="checkbox"/> € 750.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	
8	Il Proponente richiede l'operatività della Clausola Continuous Cover? <i>The proposer requires to apply the continuous cover clause?</i>	
	<input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO/NO	
La non operatività della Clausola Continuous Cover costituisce una forte limitazione sostanziale della copertura. Si prega di leggere attentamente tale clausola prima di rispondere. <i>Please note: the non-performance of the "continuous cover clause" is an important limitation of coverage. Please read this clause before answering.</i>		

9	Il Sottoscritto/Proponente, dopo accurato esame, dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati di The Proposer, after enquiry, declares on his/her behalf and on his/her associated partners behalf that:	
	<p>aver risarcito danni o aver ricevuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative a errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni? (any cost incurred by them or any claim against the for professional negligence error or omission in the last 5 years)?</p> <p><i>(si intende qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie verso l'Assicurato in relazione alla responsabilità oggetto di questa assicurazione, qualsiasi comunicazione con la quale l'assicurato viene ritenuto responsabile di danni cagionati da fatto colposo, errore od omissione oppure con la quale gli viene richiesto il risarcimento di tali danni)</i></p> <p><i>Any act of summons or legal action against the Insured relating to the liability covered by this insurance shall be any communication by which the policyholder is held liable for damage caused by a negligent act, error or omission or by which he is held liable for such damages)</i></p>	<input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO/NO
	<p>Essere a conoscenza di Circostanze o eventi che possano dare origine a nuove richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni?(any circumstance or event which might give rise to a new claim against them for professional negligence, error or omission in the last 5 years?)</p> <p><i>(qualsiasi circostanza di cui l'assicurato venga a conoscenza e che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato)</i></p> <p><i>Any circumstance that the policyholder becomes aware of and which is presumed to reasonably give rise to a claim against the insured person</i></p>	<input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO/NO
<p><i>(*) In caso di risposta affermativa/ If the answer is yes:</i></p> <p><i>indicare il relativo numero di riferimento pratica se le circostanze o le richieste di risarcimento sono già state denunciate su polizza emessa per il tramite di AEC (sin.n° _____)</i></p> <p><i>Solo nel caso di circostanze o richieste di risarcimento che non siano mai state denunciate o che siano state denunciate su polizze non emesse per il tramite di AEC compilare la Scheda di Sinistro allegata (pag.5)</i></p> <p><i>Indicate the relevant reference number if the circumstances or claims have already been notified on the policy Issued through AEC (_____)</i></p> <p><i>Only in the case of circumstances or claims for damages that have never been notified or that have been notified on policies not issued through AEC complete the claims schedule attached (page 5)</i></p>		

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione/Incorrect, inaccurate or reticent statements made by the legitimate party to provide the information required for the conclusion of the contract may compromise the right to be indemnified

Dichiarazione DECLARATION

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti di cui al punto 2 del presente questionario dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza

(I, being an authorized representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.)

Il sottoscritto dichiara inoltre: di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo. The undersigned also declares that he has received, carefully examined, obtained the requested clarifications, fully understood and accepted the "Note Informativa", the Terms of Insurance ", the Glossary that, with this form of insurance proposal, form an integral part Of the Information File.

Firmato in nome del Proponente
(Signed on behalf of Proposer)

Name _____

Position _____

Date _____

(si ricorda che non è possibile accettare richieste di copertura se la data sopra indicata supera i 30gg.)

SCHEDA SINISTRO

n.b.: la compilazione della presente scheda è richiesta unicamente per la valutazione del rischio e NON equivale a denuncia di sinistro ed inoltre tali fatti saranno espressamente esclusi dalla presente copertura assicurativa. Saranno del pari esclusi tutti i sinistri e circostanze già denunciati nel ambito di precedenti coperture

1	Date Of Loss /Data del sinistro _____ Date Of Notification/ Data ricezione comunicazione sinistro _____ Start Date/ Data Inizio Lavori _____ Finish Date /Data Fine Lavori _____
2	CLAIMANT/ Nominativo del reclamante o presunto danneggiato: _____
3	CLAIM SUMMARY/Descrizione dettagliata del sinistro _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	PROFESSIONAL SERVICE CARRIED OUT BY THE INSURED IN RESPECT OF THE CLAIM Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro
5	COMPULSORY TO QUOTE / Dati obbligatori ai fini della quotazione GROSS CLAIM / Ammontare del danno richiesto Euro _____ LOSS RESERVE/Eventuale Riserva della Compagnia Euro _____
6	IS THE CLAIM PAYABLE UNDER A PREVIOUS POLICY? Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IF NO, WHY? Se no fornire dettagli _____
7	CLAIM STATUS / Conclusione del sinistro o stato attuale
8	SIGNED ON BEHALF OF INSURED/ Firmato in nome del Proponente _____ Name _____ Position _____ Date _____