QUESTIONARIO PROPOSTA – RC PROFESSIONALE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made" ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.
Tutte le informazioni devono essere dichiarate, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro/reclamo.

---

1) **Cognome, Nome dell'Assicurato** _____

Denominazione dello Studio Associato/Società (eventuale) _____

Indirizzo _____ Città _____ PV _____ C.A.P._____

Indirizzo eventuali filiali _____

Anno iscrizione Albo (se esistente) _____ **Anno inizio attività / autorizzazione ad operare** _____

P. IVA (Società/Aziende/Studi Associati)_____

Cod. Fiscale (Liberi Professionisti/Ditte Individuali) _____

Se Società/Aziende/Studi Associati, indicare se il nr. di dipendenti è: inferiore/uguale a 9 ❑ superiore a 9 ❑

Email_____ **Sito Web**_____

---

2) **a) Siete membri di Albo od Ordine professionale, o Siete iscritti ad una qualsiasi organizzazione con una propria autoregolamentazione ?** **SI ❑ NO ❑**

Se sì, dare ulteriori dettagli _____

b) L'iscrizione di cui al punto a) è mai stata sospesa, cancellata, modificata o rifiutata ? **SI ❑ NO ❑**

Se si, dare ulteriori dettagli _____

---

3) **Descrivete con precisione tutte le attività da Voi esercitate, sia con riferimento al presente che con riferimento all'anno precedente, includendo la percentuale del Vs. fatturato che rappresenta ciascuna attività esercitata - N.B.: In caso di spazio insufficiente è necessario descrivere le attività su un foglio a parte.**

---

4) **Avete cointeressenze di qualunque tipo (finanziarie od altro) con altre ditte, società o organizzazioni? SI ❑ NO ❑**

Se si, dare ulteriori dettagli _____

5) Dettagli su Amministratori, Soci o Direttori

Nomi di tutti gli Amministratori, Soci o Direttori	Qualifica	Anno ottenimento qualifica	Anno dal quale occupa la sua posizione in azienda

6) Dettagli sul personale professionalmente qualificato

Nomi dei dipendenti con incarichi direttivi	Qualifica	Anno ottenimento qualifica	Anno dal quale occupa la sua posizione in azienda

7) Numero totale degli altri dipendenti _____

8) Dettagli sui Consulenti

Nomi dei Consulenti che svol-gono attività per Vostro conto	Qualifica	Anno ottenimento qualifica	Anno dal quale occupa tale ruolo di Consulente del Proponente

9) Prevedete delle variazioni significative in queste attività nei prossimi 24 mesi? SI ❑ NO ❑

Se si, dare ulteriori dettagli _____

10) Prendete parte a processi di produzione, costruzione, modifica, riparazione, installazione o vendita di prodotto, diversi dalla attività di consulenza sopra descritta ? SI ❑ NO ❑

Se si, dare ulteriori dettagli _____

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

Anno/Year	**ITALIA**	**EUROPA**	**USA & CANADA**	**Resto del Mondo**
20__				
20__				
20__ (stima)				

b) Quali sono gli introiti ricevuti dal Vs. maggior Cliente ?

c) Quale è l'introito medio ricevuto dai Vs. Clienti ?

d) Indicate la data di chiusura del Vs. esercizio finanziario

---

12) **Indicate le Vs. 5 maggiori azioni intraprese negli ultimi 3 anni**

Azione-Progetto/Project	**Cliente**/Client	**Onorari Percepiti**/ Fees	**Inizio**/Commenced	**Fine**/Finished

---

13) **Svolgete, o prevedete di svolgere, lavori per le seguenti tipologie di aziende ?**

a) Società quotate nei mercati finanziari ufficiali? ❑SI ❑NO

b) Aziende di credito o bancarie, Imprese di assicurazione, Società finanziarie, qualunque ne sia il tipo.
❑SI ❑NO

Se si, dare dettagli compilare il campo apposito specificato alla fine del questionario, indicando il tipo di attività e i relativi introiti per ciascuna azienda.

---

14) **Svolgete, o prevedete di svolgere, lavori fuori dall'Italia o per Clienti residenti all'estero ?**

SI ❑ **NO ❑**

Se si, dare ulteriori dettagli _____

---

15) **Accettate la competenza di Tribunali diversi da quelli italiani per risolvere le controversie che potrebbero sorgere nello svolgimento della Vs. attività?**

SI ❑ **NO ❑**

Se si, dare ulteriori dettagli _____

---

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

SI ❑ **NO❑**

Se si, dare ulteriori dettagli _____

I terzi di cui sopra devono essere in possesso di polizza assicurativa che li copra per tali attività ?

SI ❑ NO❑

Quali sono i massimali previsti dalle polizze ? **Euro _____**

---

17) Utilizzate formulari standard di contratto/accordo o lettera di incarico nei confronti dei Vs. clienti? Se si, allegarne copia.

SI ❑ NO❑

---

18) Siete mai stato assicurato prima d'ora? **SI❑ NO ❑**

Se Si, indicare:

(a) Nome degli Assicuratori _____
(b) Limiti di indennizzo _____
(c) Franchigia/scoperto _____
(d) Premio _____
(e) Data decorrenza prima Copertura _____
(f) Data scadenza ultima Copertura _____

---

19) Quali limiti di indennizzo richiedete per sinistro e per anno?

❑€ 250.000 ❑€ 500.000 ❑€ 1.000.000 ❑€ 1.500.000

❑€ 2.000.000 ❑€ 2.500.000 ❑€ 5.000.000 ❑€.....#

---

20) Quali scoperti/franchigie siete disposti ad accettare per ogni sinistro?

Euro _

---

21) Retroattività richiesta:

in assenza di Polizze precedenti? ❑fino 2 anni ❑ 3 anni ❑ 4 anni ❑ 5 anni ❑ illimitata

in presenza di Polizze precedenti (in continuità di Copertura)? ❑fino 2 anni ❑ 3 anni ❑ 4 anni ❑ 5 anni ❑ illimitata

---

21) Richiedete alcune delle seguenti estensioni a pagamento?

	SI	**NO**
Perdita di documenti / Loss of Documents		
Ingiuria o diffamazione / Libel and slander		
Violazione di Copyright / Unintentional breach of Copyright		
Violazione del segreto professionale / Unintentional breach of confidentiality		

---

22) Vi siete mai visti rifiutare una proposta, fatta a qualsiasi Assicuratore per una copertura similare, sia che tale proposta provenisse dal Proponente, dai Suoi predecessori o dagli attuali Soci? Inoltre, Vi è mai stata cancellata una polizza similare o Vi è stato rifiutato il rinnovo alla scadenza ?

SI ❑ NO❑

Se si, dare ulteriori dettagli _____

---

23) **E' mai stata presentata a Voi o a qualunque dei Vs. collaboratori soci o direttori presenti o passati alcuna richiesta di risarcimento per negligenze, errori od omissioni?**

SI ❑ NO ❑

Se si, dare tutti i dettagli (su carta intestata) riguardo alle circostanze, includendo la somma richiesta e la somma ottenuta dal denunciante.

24) **Ogni Socio, Direttore, Amministratore o dipendente, dopo attenta analisi, è a conoscenza di circostanze, dichiarazioni o accadimenti che possano dar luogo a richieste di risarcimento contro la Ditta/Società od ogni predecessore o contro ogni Socio, Direttore o Amministratore, presente o passato?**

SI ❑ NO ❑

Io sottoscritto dichiaro che tutto quanto sopra indicato corrisponde alla realtà dei fatti e che non sono state omesse o sottaciute circostanze o fatti materiali che possano influire sul presente contratto. Prendo altresì atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso e mi impegno a informare gli Assicuratori di ogni variazione delle circostanze sopra descritte che siano avvenute prima, durante e dopo il perfezionamento del Contratto di Assicurazione.

DATA	FIRMA AUTORIZZATA

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 32, COMMA SECONDO, REGOLAMENTO ISVAP 26 MAGGIO 2010, N. 35, IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, FACENTE PARTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO COSTITUITO DA:

A) NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO;
B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E L'APPENDICE DI AGGIORNAMENTO ;
C) MODULO DI PROPOSTA.

DATA	IL CONTRAENTE
_____	_____

La compilazione dei seguenti campi è volta a fornire maggiori dettagli, necessari per una corretta valutazione del rischio, nel caso in cui fossero state date una o più risposte positive alle domande 13., 22., 23. e 24. del Questionario.

Relativamente alla domanda 13:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 22:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 23:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 24:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data	**Firma**

Spett.le
Teikos S.r.l.
Broker di assicurazioni
Via Tranquillo Cremona, 21
40137 Bologna

Lettera di incarico per la gestione della polizza Rc professionale

Preso atto che la Vostra Società è iscritta alla Sezione B del registro Unico Intermediari di Assicurazione (D.Lgs.N. 209/2005) al numero B000383572, con la presente Vi conferiamo l'incarico, in via esclusiva, di assisterci e di curare l'intermediazione della polizza in oggetto, assistendoci nella relativa conclusione, nonché nel suo eventuale rinnovo o modifica, il tutto in conformità degli accordi che di volta in volta interverranno con noi.

Nell'ambito dell'incarico di cui sopra, Voi ci assisterete altresì, fornendoci la necessaria consulenza, nella fase esecutiva del contratto assicurativo, curando nel nostro interesse e per nostro conto la gestione dei rapporti con le compagnie anche con riguardo ad eventuali sinistri.

Vi preghiamo di voler comunicare alla compagnia il conferimento del presente incarico, autorizzandoVi, se dalla stessa richiesto, a consegnarne loro copia, al fine di abilitarvi ad interloquire con la stessa con riferimento agli adempimenti che ci riguardano ed alle esigenze della nostra polizza.

Resta a noi riservata la sottoscrizione della polizza assicurativa, nonché delle comunicazioni di disdetta o di recesso relativamente alla polizza stessa, nonché l'accettazione delle proposte di liquidazione di eventuali sinistri.

Ai fini assicurativi oggetto del presente incarico eleggiamo domicilio presso i Vostri uffici, impegnandoci ad immediatamente informarVi di qualunque iniziativa che la compagnia assicuratrice assumesse direttamente nei nostri confronti ed impegnandoci sin da ora ad a rendervi puntualmente disponibili, nel rispetto dei termini contrattualmente previsti, gli importi corrispondenti al premio della polizza da Voi intermediata nel nostro interesse e da noi accettata.

Il presente incarico ha decorrenza dal __/__/_____*e resterà in vigore a tempo indeterminato* sino a nostra eventuale revoca scritta, ovvero sino a Vostra formale rinuncia; revoca e rinuncia che dovranno entrambe essere comunicate alla controparte a mezzo lettera raccomandata inviata con un preavviso di almeno 60 giorni.

Fatti salvi gli eventuali oneri di brokeraggio concordati di volta in volta in forma scritta tramite allegato alla singola polizza emessa e da noi sottoscritto, date Voi espressamente atto di null'altro pretendere al riguardo nei nostri confronti per le prestazioni rese, trovando esse remunerazione nelle provvigioni riconosciute all'intermediario dagli assicuratori, secondo gli usi consolidati del mercato. Eventuali patti diversi sul tema, non saranno validi se non concordati di volta in volta in forma scritta.

Distinti Saluti

Luogo e data

_____

Timbro e firma del cliente

_____

NOME COGNOME / RAGIONE SOCIALE _____

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TELEMATICI

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare il Sottoscritto autorizza il broker a trasmettere tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di adeguatezza dei contratti, l'informativa precontrattuale e i documenti contrattuali per mezzo di strumenti informatici al seguente indirizzo di posta elettronica:

_____

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni del recapito indicato.

L'autorizzazione è conferita per:
o o La polizza in oggetto

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dal Broker che la presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento, anche per mezzo di registrazione vocale e che tale revoca potrà comportare l'applicazione, a mio carico, degli oneri connessi alla stampa e all'invio della documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti intermediati per il tramite del broker in esecuzione del presente incarico.
La presente autorizzazione alla trasmissione della documentazione in formato elettronico:
o Comprende
o Non comprende

l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali da parte del broker e/o di altri soggetti che con lo stesso operino o collaborino.

Distinti saluti

Luogo e data

_____

Timbro e firma del cliente

_____

ALLEGATO A ALLA LETTERA DI INCARICO

Ad integrazione della lettera di incarico conferito alla Teikos srl si conviene quanto segue:

con riferimento alla polizza stipulata con la Spett.le Compagnia LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE verrà versato l'importo di € 30,00 a titolo di oneri di brokeraggio onnicomprensivi dei costi di gestione della pratica.

L'intermediario

Teikos srl

Il cliente

_____

Oggetto: fatturazione elettronica

La legge di bilancio 2018 ha previsto, con decorrenza dal 1 Gennaio 2019, l'obbligo della fatturazione elettronica per le cessioni di beni e per le prestazioni di servizio anche tra privati.

Al fine di poter adempiere al suddetto obbligo, è necessario disporre del vs. codice destinatario rilasciato dal Sistema di Interscambio (SDI) oppure, in alternativa, il Vs. indirizzo di posta certificata (PEC) a cui trasmettere le fatture elettroniche.

Vi chiediamo cortesemente di ritornarci il presente modulo debitamente compilato quanto prima all'indirizzo: info@teikosbroker.it

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE

_____

PARTITA IVA

_____

CODICE FISCALE

_____

CODICE INTERSCAMBIO SDI

_____

INDIRIZZO PEC

_____

RingraziandoVi per la collaborazione porgiamo distinti saluti.

Teikos srl

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

Con la sottoscrizione della presente, dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'*Informativa Privacy*.

Lì _____, il __/__/____

Timbro e firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

Presa visione dell'Informativa Privacy sopra riportata, consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento:

a. esprimo il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare dati particolari per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto (obbligatorio)

X ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

b. esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

c. esprimo il consenso al trattamento automatizzato dei miei dati personali, ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi (…) al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Luogo_____ e data_____

Firma _____

Vi preghiamo di inviarci la presente pagina, compilata e firmata via mail a info@teikosbroker.it oppure via fax allo 051/7414356

Vi ringraziamo per la collaborazione.

Teikos srl

Spettabile
Teikos srl
Via Tranquillo Cremona, 21
40137 Bologna

RICEVUTA

Il sottoscritto:

Cognome e Nome/Ragione sociale _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

_____

Estremi della polizza o dell'appendice cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di assicurazione delegataria	Liberty Mutual Insurance Europe
Ramo	RC Professionale
N° Polizza*	Emittenda
Decorrenza	_____

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento ISVAP n. 40 del 2/8/2018, dichiara di avere ricevuto:
- gli allegati 3 e 4;
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____

Firma (1) _____

Si prega vivamente di restituire la presente ricevuta sottoscritta a info@teikosbroker.it oppure via fax allo 051/7414356