

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 sì, 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 sì, 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 svolgono 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__				
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	Onerari 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 _____

Nota: salvo diverso accordo, gli Assicuratori si riservano di esercitare il diritto di rivalsa nei confronti di tali soggetti

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) Retroattività in corso _____

(f) Data decorrenza prima Copertura _____

(g) Data scadenza ultima Copertura _____

19) Decorrenza e Scadenza richieste: dalle h.24:00 del ____/____/____ alle h.24:00 del ____/____/____

20) Quali limiti di indennizzo chiedete per sinistro e per anno?

€ 250.000

€ 500.000

€ 1.000.000

€ 1.500.000

€ 2.000.000

€ 2.500.000

€ 5.000.000

€.....#

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

Euro _____

22) 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

23) 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		

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

SI NO

Se si, dare ulteriori dettagli _____

- 25) 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.

- 26) 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

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, si precisa che Liberty Mutual Insurance Europe S.E. tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 56, REGOLAMENTO IVASS N°40/2018, IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, UNITAMENTE AL SET INFORMATIVO COSTITUITO DA:

- A) DIP + DIP AGGIUNTIVO ;
B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Data

Firma

___/___/_____

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., 24., 25. e 26. del Questionario.

Relativamente alla domanda 13:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 24:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 25:

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente alla domanda 26:

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma

Lettera di incarico

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 nella formulazione dei nostri programmi assicurativi e di curare l'intermediazione delle nostre polizze sul mercato, assistendoci nella relativa conclusione, nonché nella loro eventuale rinnovazione 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 dei contratti assicurativi, 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 alle compagnie il conferimento del presente incarico, autorizzandoVi, se dalle stesse richiesto, a consegnarne loro copia, al fine di abilitarvi ad interloquire con le stesse con riferimento agli adempimenti che ci riguardano ed alle esigenze delle nostre polizze.

Resta a noi riservata la sottoscrizione delle polizze assicurative, nonché delle comunicazioni di disdetta o di recesso relativamente alle polizze stesse, 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 le compagnie assicuratrici assumessero direttamente nei nostri confronti ed impegnandoci sin da ora ad a rendervi puntualmente disponibili, nel rispetto dei termini contrattualmente previsti, gli importi corrispondenti ai premi delle polizze da Voi intermediate nel nostro interesse e da noi accettate.

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 alle singole polizze emesse 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:

Tutti i contratti intermediati

La polizza n. _____

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:

Comprende

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

TEIKOS S.r.l.

Broker di Assicurazioni

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

TEIKOS S.r.l.

Via Tranquillo Cremona, 21 - 40137 Bologna Tel. 051 7414 363 (R.A.) Fax.: 051 7414 356

E mail: info@teikosbroker.it www.teikosbroker.it

Iscrizione Albo Broker n. B000383572 Cap. Soc. €.10.000,00- CF/P.IVA 03123741203

**PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA**

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

Li _____, il __/__/____

Timbro e firma _____

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Preso 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)

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

ALLEGATO A ALLA LETTERA DI INCARICO

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

con riferimento alla polizza stipulata con la Spett.le Compagnia Liberty Speciality
Markets 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
