

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale R.S.P.P.**

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA

QUESTIONARIO N.

ATTIVITÀ ESERCITATA:	R.S.P.P. RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
AGRICOLTURA		PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, ISTRUZIONE
RAFFINERIE, TRATTAMENTO COMBUSTIBILI NUCLEARI, INDUSTRIA CHIMICA, FIBRE, GOMMA PLASTICA		ESTRAZIONE MINERALI, ALTRE INDUSTRIE ESTRATTIVE, COSTRUZIONI
SETTORE PESCA		SANITÀ, SERVIZI SOCIALI
COMMERCIO INGROSSO E DETTAGLIO, ATTIVITÀ ARTIGIANALI NON ASSIMILABILI ALLE PRECEDENTI (CARROZZERIE, RIPARAZIONE VEICOLI, LAVANDERIE, PARRUCCHIERI, PANIFICATORI, PASTICCERI, ECC.), TRASPORTI, MAGAZZINAGGI, COMUNICAZIONI		INDUSTRIE MANIFATTURIERE, INDUSTRIE ALIMENTARI, TESSILI, ABBIGLIAMENTO, CONCIARIE, CUIOIO, LEGNO, MOBILI, CARTA, EDITORIA, STAMPA, MINERALI NON METALLIFERI, PRODUZIONE E LAVORAZIONE METALLI, FABBRICAZIONE MACCHINE – APPARECCHI MECCANICI – APPARECCHI ELETTRICI ED ELETTRONICI, AUTOVEICOLI, PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE ENERGIA ELETTRICA – GAS – ACQUA, SMALTIMENTO RIFIUTI
ALTRE ATTIVITÀ		
Descrizione altre attività: --		

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA
-----	-------	-----	-----------

Informazioni precedenti assicurativi
Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	---------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....