

PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE - PROPOSAL FORM

QUESTIONARIO PER ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDIATORI CREDITIZI

NOTA: a) E' indispensabile rispondere a tutte le domande contenute nel questionario
b) Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati e di indicare i rimandi del caso.

NOTA: a) E' indispensabile rispondere a tutte le domande contenute nel questionario
b) Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati e di indicare i rimandi del caso.

AVVISO IMPORTANTE (IMPORTANT WARNING)

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.

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. that is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. when the insurance period is over, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

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.

All information must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

1) **Nome e Cognome dell'Assicurando**
Name of Proposer

Cod. Fiscale
Fiscal Code

Anno di iscrizione all'albo professionale year of enrolment to the Register: _____
Email _____ web-site _____

(i) **Se si tratta di Studio Associato, indicare le generalità complete di ciascun Professionista che si desidera assicurare e l'anno di iscrizione all'albo**

If Partnership or Associated Office, please state the name of each professional to insure and year of enrolment to the Register

*	*
*	*

(ii) **Denominazione dello Studio (eventuale)**
Name of the Firm

Cod. Fiscale/P. IVA
Fiscal Code

2) **Indirizzo completo**
Address

3) Massimale di assicurazione prescelto
Amount of indemnity required, in aggregate

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.500.000.

4) Decorrenza e durata della Polizza
Inception and expiry terms

dalle ore 24.00 del _____ alle ore 24.00 del _____

5) Specificate i Vs introiti relativi agli ultimi 12 mesi (31 dicembre scorso) derivanti da:
Income for previous 12 months financial period ending 31st December arising from

Locazione finanziaria (leasing)	€ _____
Credito al consumo (consumer credit)	€ _____
Prestito su pegno (loan against security)	€ _____
Rilascio Fideiussioni (fidejussion)	€ _____
Crediti personali (personal loans)	€ _____
Money transfer	€ _____
Altro (others)	€ _____
Totale (total)	€ _____

6) Avete attualmente in vigore altre Polizze che garantiscono gli stessi rischi per i quali è richiesta questa copertura? SI NO
Have the Firm or any of their Partners in force any Policy for similar risks?

Se SI, specificare quali sono i Soggetti assicurati e i Massimali previsti tenendo conto che, in tal caso, la presente proposta riguarderà una copertura in secondo rischio.

If Yes, please, give details having in mind that this Policy will be in second risk.

7) Avete mai sottoscritto altre Polizze a garanzia di questi stessi rischi negli ultimi 5 anni?
Have you effected similar insurances during the past 5 years?

SI NO

(i) SI, relativamente a queste precedenti coperture assicurative date dettagli
If Yes, please give details

Compagnia Company	Massimale della Polizza Amount of Policy	Scoperto/Franchigia Amount borne by the Firm	Periodo Period
----------------------	---	---	-------------------

(ii) **Negli ultimi 5 anni si sono mai verificate le seguenti circostanze?**

In the past 5 years, has any application for similar insurance ever been

a) interruzione/recesso da parte degli Assicuratori SI NO
declined

b) cancellazione da parte degli Assicuratori SI NO
cancelled

c) rifiuto di rinnovo da parte degli Assicuratori SI NO
refused at renewal or

d) imposizione di clausole particolari da parte degli Assicuratori SI NO
had special terms imposed?

Alle eventuali risposte affermative dare maggiori dettagli

If any answer is Yes, give details

8) Alcuno dei soggetti da assicurare ha mai avuto precedenti sinistri negli ultimi 5 anni?

SI NO

Have any subject to insure had any loss in past 5 years?

Se SI, dare tutti i dettagli

If Yes, please give all details

9) Alcuno dei soggetti da assicurare è a conoscenza di reclami, fatti o circostanze dai quali possano discendere future richieste di indennizzo?

SI NO

Is any subject to insure aware of any circumstances which may result in any claim being made against the present or past Partners?

Se SI, dare tutti i dettagli

If Yes, please give all details

Si dichiara 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. Si prende altresì atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso.

I/WE HEREBY DECLARE that the above statements and particulars are true and that I/WE have not suppressed or misstated any material facts and I/WE agree that this Proposal Form and any supplementary information sheet(s) attached hereto shall be the basis of the contract with the Underwriters.

Data	Firma
-------------	--------------

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, si precisa che W.B.A. S.r.l. 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.

Firma: _____