

## Polizza multirischi dell'Agente di assicurazione: Responsabilità Civile e Garanzie complementari

### Modulo di proposta

#### Avviso importante

**Il Proponente è tenuto a rispondere alle domande di seguito indicate.**

**La quotazione è subordinata all'esame da parte della Società Assicuratrice del presente modulo di proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e che costituirà parte integrante del contratto.**

**Il Proponente dichiara di impegnarsi ad informare immediatamente la Società Assicuratrice di ogni variazione delle informazioni contenute nel presente modulo di proposta e negli eventuali allegati. Qualora il presente modulo di proposta venga sottoscritto più di 30 giorni prima rispetto alla data di decorrenza del contratto, il Proponente dovrà sottoscrivere, pena l'inoperatività della garanzia assicurativa, una ulteriore dichiarazione nella quale dichiara che, nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione del presente modulo di proposta e la data di decorrenza del contratto, le informazioni contenute nel presente modulo di proposta non hanno subito alcuna modifica, che non è stata avanzata nei suoi confronti nessuna richiesta di risarcimento e che non è venuto a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento.**

**Qualsiasi reticenza o falsa dichiarazione, omissione o inesattezza nelle dichiarazioni rese dal Proponente sulle circostanze del rischio, comporta l'applicazione delle disposizioni contenute negli artt. 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.**

### **PARTE I** **INFORMAZIONI GENERALI**

Qualora il Proponente sia una <b><u>PERSONA FISICA</u></b> compilare le caselle sottostanti dalla n° 1 alla n° 10	
1. Nome e Cognome	
2. Codice Fiscale	
3. Sede in cui viene svolta l'attività agenziale (Indicare l'indirizzo completo: via - c.a.p. - Comune - Provincia)	
4. Recapito telefonico	
5. Indirizzo e-mail	
6. E' iscritto ad un Sindacato/Associazione di categoria?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, quale?	.....

7. Data di iscrizione al Registro Unico degli Intermediari (di seguito RUI) o data di iscrizione all'Albo degli Agenti di assicurazione qualora il Proponente abbia iniziato ad esercitare l'attività in data antecedente a quella di istituzione del RUI (28/02/2007)	
8. Numero di iscrizione al RUI	
9. Il Proponente ha mai subito provvedimenti sanzionatori e/o disciplinari ivi comprese eventuali sospensioni o cancellazioni dal RUI?  N.B. In caso di risposta affermativa fornire maggiori dettagli su foglio separato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. Il Proponente è iscritto ad un Gruppo Agenti?  Se sì indicare quale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  .....
<b>Qualora il Proponente sia una <u>PERSONA GIURIDICA (SOCIETA')</u> compilare le caselle sottostanti dalla n° 11 alla n° 20</b>	
11. Denominazione sociale	
12. P. IVA	
13. Sede in cui viene svolta l'attività agenziale (Indicare l'indirizzo completo: via - c.a.p. - comune - provincia)	
14. Recapito telefonico	
15. Indirizzo e-mail	
16. E' iscritta ad un Sindacato/Associazione di categoria?  Se sì, quale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  .....
17. Data di iscrizione al Registro Unico degli Intermediari (di seguito RUI) o data di iscrizione all'Albo degli Agenti di assicurazione qualora la Società Proponente abbia iniziato ad esercitare l'attività in data antecedente a quella di istituzione del RUI (28/02/2007)	
18. Numero di iscrizione al RUI	

Mod. PROP AG IND

<p>19. La Società Proponente ha mai subito provvedimenti sanzionatori e/o disciplinari ivi comprese eventuali sospensioni o cancellazioni dal RUI?</p> <p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire maggiori dettagli su foglio separato</p>	<p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>
<p>20 Il Proponente è iscritto ad un Gruppo Agenti?</p> <p>Se sì indicare quale</p>	<p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>

**PARTE II - GARANZIA SEMPRE OPERANTE**

**RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

1. Modalità di esercizio dell'attività professionale

AGENTE MONOMANDATARIO

AGENTE PLURIMANDATARIO

<b>Elenco dei principali Mandati in essere</b>	<b>Richiesta copertura</b>			
Compagnia 1)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compagnia 2)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compagnia 3)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compagnia 4)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compagnia 5)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Compagnia 6)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

In caso di ulteriori mandati fornire l'indicazione su foglio separato.

2. Indicare l'ammontare degli introiti lordi\* (vedi definizione sotto riportata) contabilizzati dal 31/12/2016 al 31/12/2017. Per le Agenzie di nuova costituzione, indicare l'ammontare degli introiti lordi previsti per il periodo compreso tra la data di costituzione e il 31/12/2018.

Ammontare introiti lordi € .....

\* **Definizione di introiti lordi:** *l'ammontare complessivo delle provvigioni, sopraprovvigioni, rappel, premi di produzione e altri corrispettivi di intermediazione assicurativa, più qualunque altra spettanza per consulenze o altre prestazioni inerenti all'Attività Esercitata, il tutto al lordo delle provvigioni passive e al lordo di ogni altro onere o spesa.*

3. Indicare le percentuali dei rischi trattati in relazione al totale degli introiti lordi contabilizzati dal 31/12/2016 al 31/12/2017. Per le Agenzie di nuova costituzione, indicare le percentuali previste per il periodo compreso tra la data di costituzione e il 31/12/2018.

<b>Attività</b>	<b>(%)</b>
Ramo Vita	
RCAuto + ARD	
Cauzioni	
Altri rami Danni	
Altro - specificare:	
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

<p>4. Il Proponente intermedia contratti assicurativi in qualità di Coverholder dei Lloyd's of London?</p> <p>Se sì, indicare il totale dei relativi introiti lordi contabilizzati dal 31/12/2016 al 31/12/2017. Per le agenzie di nuova costituzione indicare l'ammontare previsto per il periodo compreso tra la data di costituzione e il 31/12/2018</p>	<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p> <p>€ .....</p>						
<p>5. Il proponente svolge l'attività di realizzazione di prodotti assicurativi di cui all'art. 30-decies del D. Lgs. n. 209/2005 e dall'art. 34 del Regolamento IVASS n. 41/2018?</p>	<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>						
<p>6. Indicare i riferimenti della polizza in corso a copertura del rischio di RC Professionale</p>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f0f0;"> <th style="width: 33%;">Compagnia</th> <th style="width: 33%;">Massimale per sinistro e per anno</th> <th style="width: 33%;">Scoperto/Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Compagnia	Massimale per sinistro e per anno	Scoperto/Franchigia			
Compagnia	Massimale per sinistro e per anno	Scoperto/Franchigia					
<p>7. Relativamente alla polizza RC Professionale indicata al punto 5, o ad altre polizze precedentemente stipulate, si sono mai verificate talune di queste circostanze?</p> <p>In caso affermativo dare maggiori dettagli su foglio separato.</p>	<p>a) Recesso per sinistro    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Disdetta alla scadenza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Rifiuto di rinnovo      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
<p>8. Il Proponente conferma di essere stato assicurato con continuità dall'entrata in vigore dell'obbligo di stipulare una polizza di RC Professionale, ossia dal 28/02/2007 data di entrata in vigore delle Norme contenute nel Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006.</p>	<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>						

Mod. PROP AG IND

<p>9. Massimale richiesto per sinistro e per anno assicurativo:</p> <p><u>Opzione A)</u> € 1.250.618 per sinistro col limite di 1.875.927 per anno assicurativo (minimi di legge)</p> <p><u>Opzione B)</u> € 2.500.000 per sinistro e per anno assicurativo</p> <p><u>Opzione C)</u> € 5.000.000 per sinistro e per anno assicurativo</p>	<p><u>N.B. Barrare solo l'opzione scelta</u></p> <p>A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Sinistri precedenti</p> <p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>A - Il Proponente, o taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori, è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini della garanzia RC Professionale?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>B - Il Proponente, o taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori, ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale nei passati 5 anni?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**PARTE III - GARANZIE COMPLEMENTARI**

**Avviso importante**

**Da compilare solo se è richiesta l'attivazione della sotto indicata garanzia complementare.**

**A) RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO I DIPENDENTI**

<p>1. Massimale richiesto per sinistro e per anno assicurativo:</p> <p>Garanzia standard (Euro 2.500.000)</p> <p>Qualora si intenda dotarsi di un massimale più elevato, indicarne l'ammontare</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>€.....</p>
<p>2. Sinistri precedenti</p> <p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>A - Il Proponente, o taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori, è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro riguardante la garanzia "Malattie Professionali"?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>B - Il Proponente, o taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori, ha mai avuto sinistri per responsabilità civile verso terzi e verso i dipendenti nei passati 5 anni?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**PARTE III - GARANZIE COMPLEMENTARI**

**Avviso importante**

**Da compilare solo se è richiesta l'attivazione della sotto indicata garanzia complementare.**

**B) RESPONSABILITA' CIVILE DEGLI AMMINISTRATORI**

**SI RICHIEDE ALLA PROPONENTE DI ALLEGARE COPIA DELL'ULTIMO BILANCIO D'ESERCIZIO APPROVATO**

1. Il Proponente ha in corso altra polizza di questo tipo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In caso affermativo specificare:	
<b>Compagnia</b>	<b>Massimale di polizza</b>
2. Relativamente alla polizza indicata al punto 1, o ad altre polizze precedentemente stipulate, si sono mai verificate talune di queste circostanze?  In caso affermativo dare maggiori dettagli su foglio separato	a) Recesso per sinistro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> b) Disdetta alla scadenza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> c) Rifiuto di rinnovo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Massimale richiesto per sinistro e per anno assicurativo: Garanzia standard (€ 1.000.000)  Qualora si intenda dotarsi di un massimale più elevato, indicarne l'ammontare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  €.....
4. Sinistri precedenti  N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato	A - Il Proponente o taluno dei suoi Amministratori, Sindaci o Dirigenti, è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento ai sensi della presente copertura? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato	B - Sono mai state avanzate richieste di risarcimento nei confronti del Proponente o di taluno dei suoi Amministratori, Sindaci, o Dirigenti nei passati 5 anni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**PARTE III - GARANZIE COMPLEMENTARI**

**Avviso importante**

**Da compilare solo se è richiesta l'attivazione della sotto indicata garanzia complementare.**

**C) INFEDelta'**

<p>1. In relazione alla gestione contabile dell'Agenzia, indicare quali sono i soggetti, con relativa qualifica, che sono autorizzati a disporre pagamenti di denaro in nome e per conto della stessa:</p> <p>a) ..... Qualifica .....</p> <p>b) ..... Qualifica .....</p> <p>c) ..... Qualifica .....</p> <p>d) ..... Qualifica .....</p>	
<p>2. Con che cadenza temporale i sub-agenti, ed in generale tutti coloro che sono autorizzati ad incassare per conto dell'Agenzia, rimettono i premi incassati sul conto corrente della stessa?</p>	
<p>3. Con che cadenza temporale l'Agenzia rimette alla propria mandante i premi incassati ed entro quanto tempo la mandante rileva eventuali ammanchi/difformità?</p>	
<p>4. Somma assicurata richiesta per sinistro e per anno assicurativo:</p> <p><u>Opzione A)</u>          € 15.000 per sinistro con il limite di 30.000 per anno assicurativo          Franchigia per sinistro € 2.500</p> <p><u>Opzione B)</u>          € 22.500 per sinistro con il limite di € 45.000 per anno assicurativo          Franchigia per sinistro € 3.500</p> <p><u>Opzione C)</u>          € 30.000 per sinistro con il limite di € 60.000 per anno assicurativo          Franchigia per sinistro € 7.500</p> <p><u>Opzione D)</u>          € 30.000 per sinistro con il limite di € 60.000 per anno assicurativo          Franchigia per sinistro € 5.000</p>	<p><u>N.B. Barrare solo l'opzione scelta</u></p> <p>A) <input type="checkbox"/>    B) <input type="checkbox"/>    C) <input type="checkbox"/>    D) <input type="checkbox"/></p>

Mod. PROP AG IND

<p>5. Sono mai avvenuti degli eventi dannosi indennizzabili a termini della copertura "Infedeltà"? (ad esempio truffe, appropriazioni indebite, furti ecc. perpetrati ad opera di Vostri sub-agenti, dipendenti, altri collaboratori ecc.)</p> <p>In caso di risposta affermativa fornire su foglio a parte, una breve descrizione degli eventi dannosi avvenuti</p>	<p>a) Sub-agenti N° sinistri.....</p> <p>b) Dipendenti N° sinistri.....</p> <p>c) Altri collaboratori N° sinistri.....</p>
<p>6. Sinistri precedenti</p> <p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli e date su foglio separato</p>	<p>Il Proponente, o taluno dei suoi Amministratori o Soci, sono a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dare luogo a sinistri indennizzabili ai sensi della presente copertura?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**PARTE III - GARANZIE COMPLEMENTARI**

**Avviso importante**

**Da compilare solo se è richiesta l'attivazione della sotto indicata garanzia complementare.**

**D) PERDITE PATRIMONIALI CONSEGUENTI AD UN SINISTRO DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

<p>1. Si richiede al Proponente di indicare l'ammontare degli introiti lordi annui (<i>vedi definizione a pag. 3 della presente Proposta-questionario</i>) generati dal cliente più rappresentativo presente all'interno del proprio portafoglio agenziale:</p> <p>Ammontare introiti lordi €.....</p>	
<p>2. Il Proponente ha mai perso un cliente importante perché si riteneva danneggiato da asserite negligenze nel vostro operato professionale?</p> <p>In caso di risposta affermativa, la perdita di quel cliente ha causato la successiva perdita di altri clienti?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Somma assicurata richiesta per sinistro e per anno assicurativo: Garanzia standard (€ 200.000)</p> <p>Qualora si intenda dotarsi di una somma assicurata più elevata, indicarne l'ammontare</p>	<p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p> <p>€.....</p>

**PARTE III - GARANZIE COMPLEMENTARI**

**Avviso importante**

**Da compilare solo se è richiesta l'attivazione della sotto indicata garanzia complementare.**

**E) RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEL CONSULENTE FINANZIARIO ABILITATO ALL'OFFERTA FUORI SEDE**

<p>1. Indicare quanti e quali sono i soggetti operanti all'interno dell'Agenzia aventi i requisiti previsti dalle leggi e dai regolamenti in vigore per l'esercizio dell'attività di Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede</p> <p>.....</p>							
<p>2. Il Proponente ha in corso altra polizza di questo tipo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo specificare:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Compagnia</th> <th>Massimale di polizza</th> <th>Scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Compagnia	Massimale di polizza	Scadenza			
Compagnia	Massimale di polizza	Scadenza					
<p>3. Relativamente alla polizza indicata al punto 2, o ad altre polizze precedentemente stipulate, si sono mai verificate talune di queste circostanze?</p> <p>In caso affermativo dare maggiori dettagli su foglio separato.</p>	<p>a) Recesso per sinistro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Disdetta alla scadenza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Rifiuto di rinnovo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
<p>4. Massimale richiesto per sinistro e per anno assicurativo:</p> <p>Garanzia standard (€ 1.000.000)</p> <p>Qualora si intenda dotarsi di un massimale più elevato, indicarne l'ammontare</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>€.....</p>						
<p>5. Sinistri precedenti</p> <p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>A - Il Proponente, anche per conto degli eventuali altri soggetti che svolgono l'attività di Consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede, è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento ai sensi della presente copertura?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						
<p>N.B. In caso di risposta affermativa fornire dettagli su foglio separato</p>	<p>B - Sono mai state avanzate richieste di risarcimento nei confronti del Proponente nei passati 5 anni?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>						

Mod. PROP AG IND

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, CGPA Europe informa che tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo di proposta con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornire al Proponente i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I dati del Proponente non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 il Proponente ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso CGPA Europe e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è CGPA Europe che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D.Lgs. 196/2003 è il Sig. Lorenzo Sapigni nella sua qualità di Rappresentante Generale per l'Italia.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al Sig. Lorenzo Sapigni nella sua qualità di Rappresentante Generale per l'Italia – Largo Castello, 28 – 44121 Ferrara.

<b>Data</b>	<b>Timbro e Firma del Proponente</b>
<hr/>	<hr/>

**FIREWALL**
**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE	
<b>Ragione Sociale:</b>	_____
<b>P.IVA o Codice Fiscale:</b>	_____
<b>Numero di iscrizione al registro delle imprese:</b>	_____
<b>Indirizzo:</b>	_____
<b>Indirizzo email:</b>	<b>Telefono:</b> _____
<b>Attività svolta:</b>	_____
<b>Numero di addetti:</b> _____ <i>Non sono assicurabili rischi aventi più di 20 addetti</i>	
<b>Numero di dispositivi (pc, tablet, smartphone e simili):</b> _____	
<b>Fatturato annuo totale:</b> € _____	
<b>Fatturato annuo relativo a vendita on line:</b> € _____ <i>Non sono assicurabili rischi aventi un fatturato da vendite on line superiore ad € 1.500.000</i>	
<b>Massimale:</b> <input type="radio"/> € 100.000 <input type="radio"/> € 150.000	
<b>Il richiedente è titolare di un Sito Web, Account Twitter, Facebook, LinkedIn e/o Blog Aziendale?</b> <input type="radio"/> Sì, <a href="http://www._____">www._____</a> <input type="radio"/> No	
<b>Relativamente all'attività assicurata, si sono verificati in passato incidenti sulla sicurezza informatica e/o perdite di dati informatici?</b> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
<b>Relativamente all'attività assicurata, si sono verificati in passato accertamenti, contestazioni o rilievi da parte dell'Autorità garante per la Protezione dei dati personali?</b> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
<b>Il richiedente gestisce dati che richiedono un livello di protezione medio/alto?</b> (Dati sensibili riguardanti: salute, fede religiosa, razza, idee politiche, orientamento sessuale; dati finanziari) <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	

La sottoscrizione del presente Questionario non impegna il Richiedente alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza fosse emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante dello stesso. Il Richiedente riconosce che le dichiarazioni contenute e da essa rese nel presente questionario risultano conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data di compilazione

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_