

CONTRAENTE/ASSICURATO.....
NUMERO DI POLIZZA.....
DATA DI SCADENZA.....
CODICE FISCALE (obbligatorio).....
INDIRIZZO E-MAIL CONTRAENTE (obbligatorio).....

1	L'anagrafica del contraente/assicurato ha subito variazioni nell'ultima annualità? Se si fornire dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Si prega di compilare lo split del fatturato alla pagina seguente.		
3	La tipologia dell'attività svolta ha subito delle variazioni rispetto a quanto precedentemente comunicato (es. perito del tribunale, EDP, sindaco...)? Se si fornire dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Se si allegare dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Se si allegare dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	RINNOVO AUTOMATICO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7	CONTINUOUS COVER Se si +20% sul premio di rinnovo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

N.B.In caso di spazio insufficiente per il completamento delle risposte, prego fornirle allegando un foglio di integrazione datato e firmato.

IMPORTANTE:

in caso di risposta negativa alla domanda 2) 3) 4) 5) e 7) il presente documento costituisce a tutti gli effetti DOCUMENTO DI RINNOVO PROVVISORIO DI COPERTURA alle medesime garanzie e premio della precedente annualità fatte salve intervenute modifiche dettate dagli assicuatori. Si prega di provvedere al pagamento del premio dell'ultima annualità all'intermediario (broker/agente) al fine di attivare la copertura di rinnovo (Art. 1899 C.C.). L'assicurato, in caso di intervenuta modifica, ha la facoltà di non accettare il rinnovo.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto presa visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo versione 14_07_2015 e s.m.i. come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento e n. 35 dell'IVASS e dell'appendice di aggiornamento dello stato patrimoniale dei Lloyd's LSW1699D-12 scaricabili dall'indirizzo www.uiainternational.net.

Gli assicuatori si riservano 15gg lavorativi dalla naturale scadenza del contratto per emettere certificato definitivo da sottoporre al perfezionamento da parte dell'assicurato.

Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Jacques Moretti

DATA/...../.....

FIRMA DELL'ASSICURATO



Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Sede Legale: Via Donizetti, 3 - 20122 Milano

Sede Operativa: Corso Sempione, 61 – 20149 Milano Tel: 02 54 122 532 Fax: 02 54 019 598

E-mail: gestioneportafoglio@uiainternational.net – Web: www.uiainternational.com - P.I. 08666021004 - R.E.A. 1110118

ALLEGATO N°1 - SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
Attività relative all'uso degli strumenti conoscitivi e di diagnosi	€	€
Attività di abilitazione e riabilitazione e di sostegno in ambiti di organismi sociali e alle comunità	€	€
Attività di ambito	€	€
Attività di psicoterapia	€	€
Attività di Perito del Tribunale	€	€
Attività di libera docenza	€	€
Altro (specificare) _____	€	€
TOTALE	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RC conduzione studio? Si No

*VI-Altro specificare:

DATA/...../.....

FIRMA DELL'ASSICURATO

.....



Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Sede Legale: Via Donizetti, 3 - 20122 Milano

Sede Operativa: Corso Sempione, 61 – 20149 Milano Tel: 02 54 122 532 Fax: 02 54 019 598

E-mail: gestioneportafoglio@uiainternational.net - Web: www.uiainternational.com - P.I. 08666021004 - R.E.A. 1110118