CONTRAENTE/ASSICURATO (obbligatorio)……
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:	☐SI	☐NO
2	Il fatturato dell'anno in corso ha subito variazioni nell'ordine del 10% rispetto al consuntivo dell'anno precedente? Se si specificare in modo dettagliato: **ANNO PRECEDENTE 2…..** / **ANNO CORRENTE 2….. (STIMA)** € / €	☐SI	☐NO
3	La tipologia dell'attività svolta ha subito delle variazioni rispetto a quanto precedentemente comunicato (es. variazione da garanzia A a B, viceversa…)? Se si fornire dettagli:	☐SI	☐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:	☐SI	☐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:	☐SI	☐NO
6	RINNOVO AUTOMATICO	☐SI	☐NO
7	CONTINUOUS COVER (Gratuita se richiesta in continuità di rinnovo della medesima Compagnia e in assenza di sinistri/circostanze note)	☐SI	☐NO

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

ATTENZIONE:
In caso di sinistro/circostanze note UIA Srl verificherà la fattibilità e le condizioni di rinnovo con gli assicuratori.
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto presa visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo versione 01_09_2017 e s.m.i. come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento e n. 35 dell'IVASS scaricabili dall'indirizzo www.uiainternational.net.
Il contratto non prevede la regolazione premio né il tacito rinnovo. Non è quindi previsto il periodo di mora, il contratto cesserà ogni suo effetto alla scadenza indicata nel modulo/certificato di polizza.

Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

DATA …../……/……

FIRMA DELL'ASSICURATO
…….

Underwriting Insurance Agency
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