

Lloyd's di Londra

Direzione Generale e Sede Legale : 20121 Milano, Corso Garibaldi, 86

MODULO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEI COMITATI TERRITORIALI DI UNIONLAVORO

- SI PREGA DI RISPONDERE IN MODO COMPLETO ED ESAURIENTE AD OGNI DOMANDA; NON POTRANNO ESSERE ESAMINATE PROPOSTE CHE ABBIANORISPOSTE MANCANTI O INSUFFICIENTI
- RISPOSTE E INFORMAZIONI DATE COSTITUISCONO DICHIARAZIONI SU CUI SI BASERÀ IL CONTRATTO SE QUESTO SARÀ STIPULATO. SI RACCOMANDA DI TENERE CONTO DEI DISPOSTI DEGLI ART. 1892, 1893 E 1894 DEL CODICE CIVILE
- GLI ASSICURATORI NON PRENDERANNO IN CONSIDERAZIONE PROPOSTE NON DATATE O NON FIRMATE
- LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA L'ASSICURATORE A STIPULARE L'ASSICURAZIONE

1 DATI GENERALI

- 1.1 Nome / ragione sociale del Comitato Territoriale
Indirizzo
Codice fiscale: P.Iva:
- 1.2 Nome / ragione sociale del Centro Elaborazione Dati
Indirizzo
Codice fiscale: P.Iva:

2 INFORMAZIONI RIGUARDATI LE ATTIVITÀ DEGLI ASSICURATI COME C.T.U. E COME C.E.D.

- 2.1 Gli Assicurati sono già stati assicurati per la Responsabilità Civile Professionale? **SI** **NO**
In caso affermativo, indicare da quando sono stati assicurati : **C.T.U.** = **C.E.D.** =
Indicare la data di scadenza della copertura attualmente in essere: **C.T.U.** = **C.E.D.** =
- 2.2 Negli ultimi 5 anni, altri Assicuratori hanno annullato, si sono rifiutati di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura di responsabilità civile professionale oggetto della presente richiesta? In caso affermativo fornire i dettagli:.....
.....
- 2.3 Agli Assicurati sono state formulate richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? In caso affermativo, indicare:
▪ la data in cui è pervenuta la richiesta agli Assicurati:
▪ il fatto che ha causato la richiesta a agli Assicurati:
.....
▪ l'eventuale importo di danno risarcito dagli Assicuratori o rimborsato direttamente dagli Assicurati: €
Allegare documentazione disponibile
- 2.4 Alla data di compilazione del presente questionario, gli Assicurati sono a conoscenza di richieste di risarcimento nei loro confronti? **SI** **NO**
In caso affermativo fornire dettagli:
.....

3 Entrate/ricavi percepiti complessivamente dal Comitato Territoriale e dal CED nell'anno **2008** €

- 4
- Retroattività anni 3 **SI** **NO**
 - Retroattività anni 5 **SI** **NO**

5 MASSIMALE ASSICURATO € 1.500.000,00 PER SINISTRO ED ANNO ASSICURATIVO

Data: / /

Firma dell'Assicurato o legale rappresentante

