



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Dati Generali - Mod. 2040 - Ed. 12/2019

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il Questionario deve essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto dal rappresentante legale o negoziale del Proponente, riferendo in modo completo e conforme al vero tutti i fatti di cui si è a conoscenza a seguito di una attenta verifica delle circostanze correnti alla data di compilazione.

La sottoscrizione del Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della Polizza di Assicurazione; tuttavia, qualora il contratto venga concluso e la Polizza emessa, la veridicità e completezza delle dichiarazioni e delle informazioni contenute nel presente Questionario e nei suoi allegati saranno considerate essenziali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore; il Questionario ed i suoi allegati formeranno parte integrante del contratto di assicurazione.

Alle domande è necessario rispondere in modo completo usando, se necessario, fogli separati ai quale si farà riferimento con la dicitura "vedi allegato N°". Ciascun foglio aggiuntivo dovrà comunque essere datato e sottoscritto ed allegato al questionario.

Se una domanda non è applicabile al Proponente, scrivere "N/A".

Fanno parte del Questionario le seguenti Sezioni:

- SI NO Sezione RCT/O e Malattie Professionali (Mod. 3585 - Ed. 12/2019) - totale 3 pagine
- SI NO Sezione RC Prodotti (Mod. 3586 - Ed. 12/2019) - totale 4 pagine



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati.

Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?

a) Finalità assicurativa

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.

Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?

Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.

A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;
- altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.

I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.

Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, l'interessato può scrivere a: AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Da dove provengono i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.

Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 12 mesi dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.

Informazioni aggiuntive

L'informativa dettagliata è disponibile sul sito www.axa.it. nella sezione Privacy.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia

Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. -

Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 -

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Dati Generali - Mod. 2040 - Ed. 12/2019

Informazioni generali sulla impresa sottoscrittrice

Denominazione Sociale				
Sede Legale		Numero insediamenti		
Forma Giuridica:		Codice Fiscale/Partita IVA		
Data di costituzione		Codice Ateco		Numero addetti
Fatturato ultimo esercizio		Retribuzioni ultimo esercizio		
Oggetto e attività Sociale				
Indirizzo Internet				

Informazioni sulle controllate

Fornire l'elenco completo di qualsiasi partecipazione di controllo detenuta direttamente o indirettamente dall'Impresa sottoscrittrice in qualsiasi ente di diritto italiano o straniero.

Denominazione Sociale	Oggetto Sociale (se diverso dalla sottoscrittrice)	Percentuali	
Forma Giuridica		Capitale Sociale	Diritti di Voto
Paese	Sede legale		
Denominazione Sociale	Oggetto Sociale (se diverso dalla sottoscrittrice)	Percentuali	
Forma Giuridica		Capitale Sociale	Diritti di Voto
Paese	Sede legale		

Informazioni sulla controllante

L'Impresa sottoscrittrice è controllata da altri enti? SI NO **In caso affermativo indicare**

Denominazione Sociale		Attività svolta		
Forma Giuridica				
Paese		Sede legale	% Capitale	

Attività all'estero

Il Proponente oppure uno degli enti in cui questo detiene partecipazioni di controllo svolge attività in favore di clienti non ubicati in Italia? SI NO **In caso affermativo indicare**

Società		Attività		Stato	
Società		Attività		Stato	

Paesi soggetti a sanzioni internazionali

Il Proponente, nell'esercizio della sua attività di impresa, intrattiene rapporti di prestazione di opera, appalto, lavoro o comunque commerciali e di affari con soggetti (persone fisiche, giuridiche, enti privi di personalità, privati o pubblici) stabiliti od operanti in Paesi presenti in liste di embargo oppure per i quali sono previsti divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia? SI NO

In caso affermativo indicare

Dichiarazioni conclusive del Cliente - Sezioni RCT/O ed RC PRODOTTI

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata. Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy sintetica facente parte del presente questionario.

Luogo e Data

Timbro e Firma del Proponente

Con indicazione di Nome, Cognome e carica del
rappresentante del Proponente che sottoscrive il
questionario



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Sezione RCT/O e Malattie Professionali - Mod. 3585 - Ed. 12/2019

Indicazioni pratiche per la corretta compilazione della Sezione RCT/O

- I dati contenuti nel questionario, debitamente elaborati dagli Uffici di Direzione, permettono di ottenere un giudizio tecnico necessario per le successive decisioni assuntive, compreso il trattamento economico-normativo. **Eventuali risposte mancanti generano un giudizio di carenza tecnica.**
- Si consiglia pertanto di completare il questionario in maniera precisa e dettagliata al fine di fornire una corretta presentazione del rischio**

Ubicazione del rischio

Indirizzo sede operativa o stabilimento/i:

Unica sede operativa o stabilimento in Italia

Più sedi operative o stabilimenti

Attività

Descrizione dell'attività:

Fatturato annuo al netto dell'IVA

Totale €

Ultimo esercizio	€	Penultimo esercizio	€	Corrente Esercizio	€
------------------	---	---------------------	---	--------------------	---

Di cui all'estero €

Ultimo esercizio	€	Penultimo esercizio	€	Corrente Esercizio	€
------------------	---	---------------------	---	--------------------	---

Prestatori di lavoro

Totale prestatori di lavoro n°	Di cui Dirigenti n°	Di cui Impiegati n°	Di cui Operai n°
Di cui dipendenti n°	Di cui Dirigenti n°	Di cui Impiegati n°	Di cui Operai n°
Di cui non dipendenti n°	Di cui Dirigenti n°	Di cui Impiegati n°	Di cui Operai n°

Retribuzioni annue (al netto delle ritenute per oneri previdenziali)

Retribuzioni erogate nell'ultimo esercizio	€	Retribuzioni previste per l'anno in corso	€
--	---	---	---

Classificazione Inail delle attività svolte dai dipendenti

Codice	Tasso %	Descrizione
Codice	Tasso %	Descrizione
Codice	Tasso %	Descrizione

Attività svolta presso terzi

Attività svolte presso Terzi: installazione, manutenzione, riparazione, collaudo o altro da specificare:

Territori	Fatturato al netto dell'IVA per attività presso terzi	
	Relativo all'ultimo esercizio	Relativo al penultimo esercizio
Italia		
Resto Mondo (escluso USA e Canada)		
USA e Canada		



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Sezione RCT/O e Malattie Professionali - Mod. 3585 - Ed. 12/2019

Appalto / Subappalto

L'Azienda cede lavori in appalto / subappalto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare per quali lavori ed in quale percentuale % rispetto al fatturato totale		

Sicurezza sul lavoro (D.Lgs. n. 81/2008)

Il Responsabile della sicurezza è	<input type="checkbox"/> Interno	<input type="checkbox"/> Esterno
I piani previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 sono stati attuati e sono rispettati ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
L'azienda ha provveduto alla compilazione del DUVRI ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Viene svolta regolarmente la formazione dei lavoratori ? In caso di risposta affermativa indicare ultima data e la periodicità di aggiornamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono stati consegnati gli eventuali DPI nel rispetto delle specifiche previste dal d.lgs. 81/2008 ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Chi svolge il controllo del rispetto nell'utilizzo degli eventuali DPI previsti dal d.lgs. 81/2008 ?		
Sono previste sanzioni nei confronti dei lavoratori che non rispettano le disposizioni di utilizzo dei DPI ? In caso di risposta affermativa, indicare quali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Certificazione di qualità

L'Azienda è in possesso di una certificazione di qualità ai sensi delle norme ISO e/o altra certificazione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa, indicare quale certificazione è stata ottenuta e da quale anno:		

Livello di automazione del processo produttivo industriale

Nell'Azienda il processo di lavorazione viene effettuato servendosi di impianti automatizzati ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa, indicare in che % rispetto al complesso delle attività svolte dall'azienda stessa altrimenti indicare le ragioni per cui non ci si avvale di macchinari		
L'Azienda è proprietaria delle attrezzature e dei macchinari per l'esecuzione dei lavori ?		
<input type="checkbox"/> Sì, prevalentemente di proprietà aziendale o in leasing strumentale intestato/locato all'azienda stessa		
<input type="checkbox"/> No, prevalentemente di proprietà di terzi (di altre società o terzi)		
I macchinari e i relativi dispositivi di sicurezza degli stessi sono stati modificati ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La manutenzione dei macchinari viene effettuata nel rispetto delle indicazioni del costruttore?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La movimentazione dei carichi è automatizzata in misura:	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa
Le merci sono stoccate su scaffalature ad altezza elevata (oltre 10 metri)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Controlli delle Autorità

Data ultima visita da parte di ASL o altri Enti/Autorità in tema di prevenzione e sicurezza sul lavoro:	<input type="checkbox"/> Nessun controllo ultimi 10 anni	
Negli ultimi 10 anni sono state rilevate infrazioni o irregolarità da parte di ispettori A.S.L., altri ispettori sul lavoro (INAIL, ecc.), Guardia di Finanza, Vigili del fuoco, altre Autorità?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa, indicare quali:		

**QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES**

Sezione RCT/O e Malattie Professionali - Mod. 3585 - Ed. 12/2019

Massimali Richiesti			
Massimale RCT	€	Massimale RCO	€
Indicare le eventuali ulteriori garanzie richieste:	<input type="checkbox"/> Malattie Professionali	<input type="checkbox"/> Postuma	
	<input type="checkbox"/> Inquinamento accidentale	<input type="checkbox"/> Altro	
L'azienda, al momento, è assicurata per i rischi della R.C.T. / R.C.O. ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <i>In caso affermativo allegare copia polizza</i>

Malattie Professionali (da compilare solo se richiesta estensione)			
<i>Il processo produttivo prevede l'esposizione da parte dei prestatori di lavoro a:</i>			
Agenti chimici ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se SI indicare quali:
Campi elettromagnetici ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se SI indicare quali:
Rumore ambientale ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se SI indicare presidi utilizzati:
Indicare dettagliatamente le circostanze che negli ultimi 5 anni abbiano dato luogo a denunce per violazioni di leggi regolamenti o norme concernenti la tutela della salute dei prestatori di lavoro:			
Indicare dettagliatamente circostanze e conseguenze che negli ultimi 5 anni abbiano originato richieste di risarcimento per malattie professionali contratte nello stabilimento:			
a) da parte di dipendenti soggetti all'INAIL:		b) da parte dell'INAIL per rivalsa:	
<i>Il Proponente ha già ricevuto da parte delle Autorità o organi competenti</i>			
a) <i>richieste di modifica degli impianti di depurazione nell'interno dei reparti</i> In caso di risposta affermativa, indicare quali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b) <i>richieste di cessazione o modifica di lavorazioni</i> In caso di risposta affermativa, indicare quali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c) <i>contestazioni o contravvenzioni per inadeguatezza degli impianti di depurazione dell'aria?</i> In caso di risposta affermativa, indicare quali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quali sono le malattie professionali che possono verificarsi in rapporto alle lavorazioni svolte ?			
Per quali malattie professionali vengono pagati i contributi speciali all'INAIL ?			

Storia Sinistri ultimi 5 anni					
RCT - Ammontare e numero richieste da parte di Terzi danneggiati				Importo €	Num. richieste
Di cui pagati		Di cui riservati		Di cui senza seguito	
€	Numero	€	Numero	€	Numero
RCO - Ammontare e numero richieste da parte di prestatori di lavoro comprese malattie professionali				Importo €	Num. richieste
Di cui pagati		Di cui riservati		Di cui senza seguito	
€	Numero	€	Numero	€	Numero
RIVALSE INAIL O INPS - Ammontare e numero				Importo €	Num. richieste
Specificare eventuale tipologia di sinistro ricorrente:					



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES
Sezione RC Prodotti - Mod. 3586 - Ed. 12/2019

Indicazioni pratiche per la corretta compilazione della Sezione RC PRODOTTI

- I dati contenuti nel questionario, debitamente elaborati dagli Uffici di Direzione, permettono di ottenere un giudizio tecnico necessario per le successive decisioni assuntive, compreso il trattamento economico-normativo. **Eventuali risposte mancanti generano un giudizio di carenza tecnica.**
- Si consiglia pertanto di completare il questionario in maniera precisa e dettagliata al fine di fornire una corretta presentazione del rischio**

Ubicazione del rischio

Indirizzo stabilimento/i:

- Prodotti in unico stabilimento Prodotti in più stabilimenti in Italia Fabbricati da terzi in U.E. Fabbricati da terzi extra U.E.

Attività

Descrizione dell'attività:

Qualifica di produttore

Il Proponente, in quanto riveste in Italia la qualifica di produttore ai sensi delle norme in vigore (D.Lgs. n. 206/2005) relativamente ai prodotti per i quali richiede ad AXA ASSICURAZIONI S.p.A. l'offerta assicurativa, dichiara di:

1. Fabbricare i prodotti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Trasformare i prodotti agricoli del suolo, dell'allevamento, della pesca e della caccia ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Apporre il proprio nome, marchio od altro segno distintivo sui prodotti o loro confezione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Importare nell'Unione Europea i prodotti per la vendita, locazione anche finanziaria, o qualsiasi altra forma di distribuzione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa alle domande 3 e 4, indicare i prodotti, da quale paese sono importati e, se possibile, il rispettivo fabbricante

Prodotto	Paese dal quale è importato	Fabbricante

Concezione - Progettazione - Definizione - Sviluppo - Fabbricazione

Il Proponente progetta direttamente il prodotto ? SI NO

Nel caso in cui tali attività vengano eseguite da terzi indicare chi le effettua e per quali prodotti:

Il Proponente esegue lavorazioni su prodotti di terzi producendo esclusivamente semilavorati ? SI NO

In caso affermativo indicare per quali prodotti e quali lavorazioni vengono eseguite:

Il Proponente produce prodotti da usarsi quali componenti di altri prodotti per i quali deve rispondere al committente esclusivamente della conformità ai requisiti richiesti per la sola fabbricazione e/o preassemblaggio e/o installazione? SI NO

In caso affermativo indicare il committente e per quali prodotti:

Vi sono caratteristiche specifiche che diversificano sostanzialmente i prodotti del Proponente da quelli similari sul mercato (per materie impiegate o per processi di lavorazione)? SI NO

In caso affermativo indicare le caratteristiche (composizione) che li diversificano rispetto ad analoghi prodotti presenti sul mercato:



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Sezione RC Prodotti - Mod. 3586 - Ed. 12/2019

Nelle fasi di lavorazione si ricorre alle prestazioni di appaltatori o comunque di altre persone non facenti parte del personale dipendente del Proponente?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare le lavorazioni (es. confezionamento, imballaggio, etichettatura, ecc.) e la denominazione delle ditte cui sono affidate le singole lavorazioni:			
Nelle fasi di lavorazione effettuate dal Proponente, lo stesso si avvale di prodotti semilavorati o parti finite prodotte da terzi ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare la tipologia delle parti fornite:			
Prima della vendita e comunque, prima dell'immissione sui mercati, per i quali è richiesta la copertura assicurativa, i prodotti devono essere sottoposti ad esami, controlli, autorizzazioni, approvazioni da parte di qualche Autorità/Ente ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare quale Autorità/Ente e per quali motivi:			
Il proponente effettua le seguenti operazioni	Collaudi alla produzione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Collaudi alla consegna ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Imballaggio e trasporto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente ha stabilito ed elaborato una politica aziendale per la qualità del prodotto, con obiettivi minimi di qualità e un servizio autonomo di controllo della qualità ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Che tipo di controlli vengono effettuati sulla produzione ?	a campione sulla produzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	generico per ogni lotto di produzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	specifico per tutti i prodotti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Descrivere il tipo di test effettuati e la durata della sperimentazione e prova dei prodotti:			
Descrivere eventuali specificità del sistema di controllo della qualità dei prodotti ?			
Il Proponente fornisce una garanzia di idoneità, qualità e durata dei prodotti ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I prodotti sono dotati di marchio di qualità ?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo, con quali prodotti e quale marchio:			

Prodotti destinati quali componenti alla fabbricazione di altri prodotti

Si ha notizia che i prodotti vengano o possano essere usati:	nell'industria aeronautica ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	nell' industria petrolifera e/o di estrazione del gas ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	nel settore Automotive?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	nel settore del trasporto ferroviario ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	nel settore nucleare ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	nel settore farmaceutico ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicare i prodotti e la specifica destinazione d'uso degli stessi		Avvertenza per l'assicurazione di prodotti a destinazione specifica nei settori sopraindicati verrà richiesta un'integrazione di informazioni, che la Società si riserva di formulare in ragione della specificità del prodotto dichiarato.	



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES
Sezione RC Prodotti - Mod. 3586 - Ed. 12/2019

Manleve di Responsabilità

Il Proponente in quanto acquirente di parti semilavorate e/o finite prodotte da terzi è manlevato da responsabilità da parte dei fornitori ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo, indicare da quali fornitori, per quali prodotti e con quale forma di manleva (polizza od altro):		
Il Proponente in quanto fornitore di parti semilavorate e/o finite è manlevato da responsabilità da parte degli acquirenti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo, indicare per quali fornitori e per quali prodotti:		

Esportazione Usa e Canada

Qualora non esporti direttamente i propri prodotti in USA, Canada, il Proponente è a conoscenza del fatto che i propri prodotti possano essere esportati indirettamente in tali territori ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
In caso affermativo precisare quali prodotti e da quali società:			
Qualora il Proponente esporti direttamente i propri prodotti in USA e Canada, indichi:			
Tipo di prodotto esportato	Da quanto tempo esporta in USA	Da quanto tempo esporta in Canada	
Qualora il Proponente esporti direttamente i propri prodotti in USA e Canada, indichi il fatturato storico realizzato per le esportazioni di tali prodotti:			
Territori	Fatturato ultimo esercizio	Fatturato penultimo esercizio	
USA	€	€	
CANADA	€	€	
I prodotti sono distribuiti da:	Filiali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Concessionari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Importatori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Venditori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Società controllate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora il Proponente intenda richiedere l'inserimento della garanzia "Vendor's Liability" indichi:			
Tipo di prodotto venduto	Denominazione del Venditore	Indirizzo del Venditore	



QUESTIONARIO COMMERCIAL LINES

Sezione RC Prodotti - Mod. 3586 - Ed. 12/2019

Ritiro Prodotti (da compilare solo se richiesta estensione)

Esiste un piano per il ritiro dei prodotti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo descrivere il procedimento da attuarsi per un'eventuale campagna di ritiro prodotti, precisando se esistono "ordini di servizio" scritti, persone o uffici ai quali è demandata la responsabilità dell'operazione ditte o persone terze alle quali può essere commessa l'operazione e il tempo previsto per il completamento della stessa		
Il proponente è a conoscenza se gli acquirenti dei propri prodotti hanno predisposto un piano per il ritiro dei prodotti da loro fabbricati con le parti componenti fornite dal proponente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare il nominativo degli acquirenti e fornire, se conosciute dal Proponente, le relative procedure		
Esiste un metodo che permetta di identificare e reperire la serie di prodotti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo precisare il metodo:		
Il Proponente è in grado di quantificare il costo di un'operazione di ritiro dal mercato di una serie di pezzi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare il costo €		

Massimali Richiesti

Massimale RC Prodotti	€		
Indicare le eventuali ulteriori garanzie richieste e il relativo massimale:			
L'azienda, al momento, è assicurata per i rischi RC Prodotti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>In caso affermativo allegare copia polizza</i>

Storia Sinistri ultimi 5 anni

RC Prodotti - Ammontare e numero richieste da parte di Terzi danneggiati				Importo €	Num. richieste	
Di cui pagati		Di cui riservati		Di cui senza seguito		
€	Numero	€	Numero	€	Numero	
Il Proponente in passato ha mai effettuato operazioni di Ritiro Prodotti dal mercato ?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Specificare i motivi del ritiro e i costi sostenuti:						
Il Proponente è a conoscenza di precedenti operazioni di Ritiro Prodotti dei propri prodotti dal mercato ?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa specificare:						
I prodotti del Proponente sono già stati oggetto di indagini effettuate su incarico delle Autorità giudiziarie ?					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa specificare:						