



**Da ritornare firmato**

## MODULO RACCOLTA DATI

### Convenzione Polizza RC Attività di Consulente HACCP

CONTRAENTE	
Nome e Cognome/Ragione Sociale	
Indirizzo	
CAP, Città, Provincia	
P.Iva	
Codice Fiscale	
E-mail	
Telefono	
Il contraente dichiara di essere	<input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica

ASSICURATO	
Nome e Cognome	
Indirizzo	
CAP, Città, Provincia	
P.Iva	
Codice Fiscale	
E-mail	
Telefono	
Descrizione attività da assicurare	
Fatturato ultimo anno totale	€
Fatturato ultimo anno relativo alle sole attività HACCP e consulenza 81/08 per i soli clienti HACCP	€
L'Assicurato è a conoscenza di Spese sostenute in passato o richieste di sinistro relative a errori, omissioni o negligenze accettate o respinte negli ultimi 5 anni, imputate/imputabili all'attività in questione	<input type="checkbox"/> sì (compilare la scheda sinistro seguente) <input type="checkbox"/> no

**SCHEMA SINISTRO 1**

Data sinistro	
Nominativo reclamante/danneggiato	
Descrizione dettagliata del sinistro	
Ammontare del danno	
Attività svolta dall'Assicurato in riferimento al sinistro	
Stato attuale del sinistro	

**SCHEMA SINISTRO 2**

Data sinistro	
Nominativo reclamante/danneggiato	
Descrizione dettagliata del sinistro	
Ammontare del danno	
Attività svolta dall'Assicurato in riferimento al sinistro	
Stato attuale del sinistro	

Luogo e data

Firma/Timbro contraente

---

---

N.B. Si prega di compilare ogni campo del presente modulo di raccolta dati e restituirlo all'indirizzo [segreteria@aicia.eu](mailto:segreteria@aicia.eu).