

Modulo di Proposta Assicurativa – Basic Finance

Azienda

Ragione Sociale:	_____	Codice Fiscale:	_____
Indirizzo (sede legale):	_____	P. IVA:	_____
CAP:	_____	Città, Provincia:	_____
Attività commerciale:	_____	SIC code (se disponibile):	_____
Attività commerciale dei clienti:	_____	SIC code (se disponibile):	_____
Termine di pagamento medio:	_____		
Termine di pagamento massimo:	_____	su quanti clienti?	_____
Persona di riferimento all'interno dell'azienda	_____	Numero di fax:	_____
Ruolo:	_____	Numero di telefono:	_____
Email:	_____	Website:	_____
Attuale polizza credito:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, con	Data di rinnovo:	_____
Motivo disdetta polizza:	_____		
Contratto di Factoring?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, con	Broker:	_____

Fatturato e Perdite

	Iva Inclusa	Iva Esclusa	
Fatturato ¹ previsto per i prossimi dodici mesi:	_____	_____	_____
Italia:	_____	_____	_____
Export:	_____	_____	_____
	Anno in corso	Anno precedente	Anno precedente
Periodo:	_____	_____	_____
Fatturato Assicurabile ¹ :	_____	_____	_____
Importo Perdite:	_____	_____	_____
Numero di perdite:	_____	_____	_____
Importo della perdita più elevata:	_____	_____	_____
Nome del cliente relativo al sinistro più elevato:	_____	_____	_____

1 fatturato assicurabile esclude le vendite con pagamento in contanti, vendite a società controllata/collegate e vendite ad Enti Pubblici.

Crediti verso Clienti

	31 Marzo	30 Giugno	30 Settembre	31 Dicembre
Importo scaduto al:	_____	_____	_____	_____

Analisi esposizione clientela

Esposizione	Numero	Totale esposizione	Esposizione	Numero	Totale esposizione
< 5,000	_____	_____	50,001 - 100,000	_____	_____
5,000 - 10,000	_____	_____	100,001 - 500,000	_____	_____
10,001 - 20,000	_____	_____	> 500,000	_____	_____
20,001 - 50,000	_____	_____	Totale	_____	_____

Analisi esperienza di pagamento

Importo	Importo
Attuale – non ancora scaduto _____	Scaduto da 61 a 90 giorni _____
Scaduto da meno di 30 giorni _____	Scaduto da più di 90 giorni _____
Scaduto da 31 a 60 giorni _____	Totale _____

Informazioni generali

Data di fatturazione?

data di consegna

entro una settimana dalla consegna

alla fine di ogni mese

Vendita di stock minimi di merce?

no si

se si, perfavore indicate

– valore approssimativo dello stock

– numero di clienti

Includete nelle condizioni di vendita la clausola di Riserva di proprietà?

no si

Commenti:

E' richiesta la copertura del rischio politico?

no si

Se viene richiesta copertura assicurativa di un Gruppo, la gestione è centralizzata presso la controllante?

no si

Informazioni sul Credit Management

A vete delle procedure di gestione del credito scritte?

no si

Se si, perfavore allegare una copia.

Se no, perfavore rispondete alle seguenti domande.

Chi è il responsabile del controllo del Credito?

Nome: _____

Posizione: _____

Numero di telefono: _____

Email: _____

Chi ha l'autorità di approvare, ridurre e cancellare un limite di credito?

Nome: _____

Authority: _____

Visitate i vostri clienti per determinare il limite di credito?

no si

Quali informazioni usate per determinare un limite di credito?

Agency Reports

Informazioni bancarie

Referenze commerciali

Bilanci

Visite

Quale società d'informazione commerciale usate?

Ogni quanto tempo aggiornate le informazioni?

Procedure di Collection

Quando bloccate le vendite? _____ giorni di scaduto

Quando intraprendete la collection? _____ giorni di scaduto

Quando intraprendete misure legali? _____ giorni di scaduto

Clienti Principali

Nome	Nazione	Reg No./D-U-N-S* no.	Importo richiesto	Fatturato annuo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nazioni Principali

Nazione	Numero di clienti	Termini di pagamento	Fatturato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Le informazioni indicate sono strettamente confidenziali.

Dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere e corrette e di non avere omesso nessun fatto che possa influenzare la valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore. Accetto che nel caso venisse emessa una polizza questo modulo ne costituisca presupposto e parte integrante. Sono consapevole che la mancata indicazione o la dichiarazione falsa di dati essenziali¹ autorizzano Zurich ad invalidare il contratto.

¹ dati essenziali sono dati che possono influenzare l'Assicuratore riguardo all'importo dei premi ed all'accettazione dei sinistri. Se si ha qualunque dubbio relativo all'essenzialità di un dato, questo deve essere indicato. L'omissione autorizza l'Assicuratore a rifiutare la copertura assicurativa in modo retroattivo e a richiedere la restituzione degli indennizzi pagati.

Si prega di allegare la seguente documentazione:

- Allegato 1 compilato e firmato
- Ultimo bilancio di esercizio
- Ultima dichiarazioni IVA (se possibile)
- Elenco clienti

Data

Zurich Insurance plc
Rappresentanza generale per l'Italia
Via Benigno Crespi, 23
20169 Milano
Telefono +39.026866.1
Fax +39.025988.2328
P. IVA/CF: 05380900988

Firma

Zurich Insurance plc
Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda
Capitale sociale EUR 125.000.000 i.v.
Registro del Commercio di Dublino n. 13460
sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese
preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Iscritta all'Albo Imprese ISVAP (Elenco I) il 3/1/08 al n. 1.00066
C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968
Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia
www.zurich.it

Ruolo