

MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza.

I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi il foglio bianco "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE" allegato 2. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo.

Avvocato

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di altri professionisti che con lui condividono lo Studio (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

➤ Nome e Cognome del Proponente _____

➤ Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente _____

➤ Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

➤ Anno di inizio dell'attività _____

➤ Anno di iscrizione all'albo _____

➤ Denominazione in caso di Studio Associato _____

➤ Partita Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato _____

➤ Indirizzo (via, città, CAP, provincia) dello Studio Associato _____

➤ Sito Web _____

➤ Data di costituzione _____

2.

- In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3.

- Indicare i tre principali clienti e i relativi fatturati percepiti.

DENOMINAZIONE	FATTURATO

4.

- Massimale richiesto

250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____

5.

- L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?
 Si No

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

6.

- Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si No

Se si, fornire dettagli

7.

- 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?

Si

No

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

8.

- 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?

Si

No

Se si, fornire dettagli

9.

- L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

▪ che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si No

▪ che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Si No

▪ che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Si No

▪ per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si No

Se si, fornire dettagli

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO N°1 - SPLIT DEL FATTURATO PER AVVOCATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore dei Conti (allegare nominativi e settori merceologici delle società e indicare quali sono le quotate in Borsa e il compenso percepito)	€	€
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Altro*	€	€
TOTALE	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RCTO? Si No

*VI-Altro specificare:

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO N°2 - FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

ALLEGATO N°3 - NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del questionario deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del questionario alla data dell'ordine fermo, per rivitalizzare il questionario precedentemente compilato e poter ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del questionario (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel questionario datato ____/____/____, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
