

MODULO DI PROPOSTA

RC PROFESSIONALE AVVOCATI

Il presente questionario/modulo di proposta 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/modulo di proposta, 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 ANAI

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
- 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/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica certificate \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

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

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

3. Massimale richiesto in caso di singolo professionista: 350.000,00€  500.000,00€  1.000.000,00€   
 altro \_\_\_\_\_ €

Massimale richiesto in caso di studio: 1.000.000,00 € per sinistro e 2.000.000 € per anno

2.000.000,00 € per sinistro e 4.000.000 € per anno

5.000.000,00 € per sinistro e 10.000.000 € per anno

4. Rinnovo Automatico Si  No

5. Continuous Cover Si  No

6. Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento (postuma): 10 anni

7. Periodo di retroattività richiesta: Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

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

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

---

---

9. 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?      Sì       No

Se sì, fornire dettagli

---

---

10. 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?      Sì       No

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

---

---

11. 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?      Sì       No

Se sì, fornire dettagli

---

---

12. A) 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"      Sì       No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza      Sì       No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali      Sì       No
- o per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra      Sì       No

Se sì, fornire dettagli

---

---

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. – art. 2482 ter c.c. ?

Si       No

Se sì indicare il vecchio capitale \_\_\_\_\_ e il nuovo capitale \_\_\_\_\_



#### 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/MODULO DI PROPOSTA 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/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA 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/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

#### AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

#### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ALLEGATO N°1- NO CLAIMS DECLARATION

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

**Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:**

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_