Underwriting Insurance Agency

MODULO DI PROPOSTA

RC PROFESSIONALE AVVOCATO

Compagnia/e con la/e quale/i intende assicurarsi:

☐ **LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.** ☐ **TOKIO MARINE HCC**

Sezione A: DATI PROPONENTE

1) Professionista individuale ☐ *Studio Associato/Società ☐

Cognome e Nome/Ragione sociale del Proponente_____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente_____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente_____

Data inizio attività _____ Costituzione persona giuridica _____ Data iscrizione albo _____

Nazione conseguimento titolo abilitativo_____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti_____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata_____

*In caso di Studio Associato/Società indicare le generalità di ciascun professionista che si intende assicurare:

COGNOME E NOME	PROFESSIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	DATA ISCRIZIONE ALL'ALBO	NAZIONE CONSEGUIMENTO TITOLO ABILITATIVO	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E NR. CREDITI CONSEGUITI

Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

2) Massimale richiesto in caso di singolo professionista: 350.000,00 € ☐ 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ altro €_____☐

Massimale richiesto in caso di studio/società: 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 ☐

3) Modalità di rinnovo:

- Automatico (solo per polizze Lloyd's) Si ☐ No ☐
- Tacito(solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si ☐ No ☐

4) Estensione territoriale come da condizioni di polizza: Mondo Intero escluso USA e Canada

5) Periodo di retroattività: **ILLIMITATA**

Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI

6) Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

7) 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

_____

8) Se per il medesimo rischio è già in corso un'assicurazione, quale tipologia di polizza in secondo rischio è richiesta?

DIL (DIFFERENT IN LIMIT) ☐ DIL+DIC (DIFFERENT IN LIMIT AND CONDITIONS) ☐

Si prega di allegare copia integrale della polizza in corso.

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? Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE

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? Si ☐ No ☐

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? Si ☐ No ☐

12) 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 ☐

13) Le società indicate al punto precedente 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 _____

In caso di una o più risposte affermative (alle domande 10-11-12-13) pregasi compilare la scheda presente a pagina 4.

SPLIT DEL FATTURATO - AVVOCATO

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

ATTIVITÀ	ANNO PRECEDENTE 2……	(STIMA) ANNO CORRENTE 2…..
ATTIVITÀ ORDINARIA (civile, penale, giudiziale, extragiudiziale)	€	€
☐ Liquidatore	€	€
☐ Sindaco ☐ Revisore legale dei Conti (Obbligatorio compilare la tabella sottostante)	€ €	€ €
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
☐ Amministratore - membro/presidente del c.d.a. (Obbligatorio compilare la tabella sottostante)	€	€
☐ Membro di Organismo di Vigilanza (Obbligatorio compilare la tabella sottostante)	€	€
☐ Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (Obbligatorio compilare la tabella sottostante)	€	€
☐ Membro di Organismo Indipendente Di Valutazione (Obbligatorio compilare la tabella sottostante)	€	€
☐ Amministratore di sostegno	€	€
☐ Delegato alle vendite ☐ Custode giudiziario	€ €	€ €
☐ Arbitro	€	€
☐Altro: mansioni specifiche (precisare)_____	€	€
TOTALE	€	€

- **Estensione RC conduzione studio sempre operante**
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti **con propria partita Iva personale**? Si ☐ No ☐

Se Si, indicare nello split del fatturato le specifiche attività svolte dai professionisti sommando questi introiti agli importi dello studio e compilare la tabella sottostante.

COGNOME E NOME	PARTITA IVA	FATTURATO TOTALE SINGOLO PROFESSIONISTA
		€
		€
		€

Compilare la seguente tabella con gli incarichi di: Sindaco, Revisore, Amministratore - membro/presidente del c.d.a., Membro di Organismo di Vigilanza, Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento, Membro di Organismo Indipendente Di Valutazione.

ATTIVITÀ/MANSIONE (in caso di Studio indicare anche il cognome e nome)	NOMINATIVO DELLA SOCIETÀ	SETTORE MERCEOLOGICO DELLA SOCIETÀ	P.IVA DELLA SOCIETÀ	DATA DI INIZIO ATTIVITÀ/ MANSIONE	DATA DI FINE ATTIVITÀ/ MANSIONE

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.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.

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 e 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 oggetti 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.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

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 sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato il SET 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
_____	_____	_____

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

Da compilare solo in caso di risposta affermativa alle domande della Sezione D (10-11-12-13)

SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI
DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

SEZIONE F: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO
DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale circostanza - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

SEZIONE G: MAGGIORI INFORMAZIONI CIRCA LE SOCIETÀ DI CUI AI PUNTI 12 E 13
DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo società – data evento – descrizione evento – stato attuale procedura - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____