

Questionario Responsabilità Civile Professionale Area Giuridica – Avvocati

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome / Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Decorrenza dalle ore 24:00 del		
Attività Esercitata			Num. crediti conseguiti	
Indirizzo Email		Rinnovo (indicare una preferenza; sarà valutata la possibilità di inserimento secondo disposizioni di compagnia)		
		<input type="checkbox"/> cessazione a scadenza <input type="checkbox"/> tacito <input type="checkbox"/> automatico		

2. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	N° ed Anno Iscr.	Anno Inizio Attività	Professione

3. SEDI SECONDARIE

Via	Città	Cap	Provincia

4. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto per singolo professionista (schema guida in calce):

€ 350.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 altro _____

Massimale Richiesto per studi (schema guida in calce):

per sinistro € 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € 5.000.000,00
per anno € 2.000.000,00 € 5.000.000,00 € 10.000.000,00

Retroattività Richiesta: illimitata

Franchigia Richiesta:

€ 500,00 € 1.000,00 altro _____

5. LISTA GARANZIE

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario

Garanzia Base	SI	
Responsabilità Solidale <i>(se presente tra le opzioni di polizza)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Funzioni Pubbliche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N. Incarichi:
R.C. della Conduzione dello Studio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Attività Fiscale e Tributaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altro (Specificare Attività)		

6. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Percentuale di fatturato divisa per area geografica:

Area geografica	% di fatturato lordo ultimo esercizio
Italia	%
Europa	%
Mondo intero escluso USA/Canada	%
USA e Canada	%

Suddivisione per attività

Attività	Nel passato esercizio	Stima per l'esercizio corrente
Attività Ordinaria	€	€
Funzioni Pubbliche	€	€
Delegato alle vendite / Custode Giudiziario	€	€
Amministratore di sostegno	€	€
Amministratore di condominio	€	€

Liquidatore	€	€
Sindaco / Revisore <i>(completare ALLEGATO 1)</i>	€	€
Membro del CDA <i>(completare ALLEGATO 1)</i>	€	€
Membro dell'OCC <i>(completare ALLEGATO 1)</i>	€	€
Membro dell'ODV <i>(completare ALLEGATO 1)</i>	€	€
Altro (specificare)	€	€
TOTALE	€	€

7. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente ha un cliente che genera più del 50% del totale del fatturato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

In caso di risposta affermativa, indicare ragione sociale, settore di attività del cliente e attività svolta per esso:

8. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Compagnia			
Massimale		Retroattività	
Franchigia			
Premio pagato		N. di anni di copertura precedente continua	
Data di inizio		Data di scadenza	
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.			
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

9. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?

SI NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;
- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicati ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. 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 "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale s.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

ALLEGATO 1

Compilare la seguente tabella solo nel caso vengano svolte le mansioni di Sindaco, Revisore legale dei Conti, Amministratore Membro del C.D.A., Membro di Organismo di Vigilanza, Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento e Certificazione obbligatoria è obbligatorio compilare la seguente tabella:

Attività svolta	Nominativo Società	Settore Merceologico della società	Partita Iva	Data inizio attività	Data fine attività

COME SCEGLIERE IL MASSIMALE IN BASE AL FATTURATO

La seguente tabella è un estratto del D.M. del 22/09/2016

Fascia di rischio	Massimale minimo
Ditta Individuale con fatturato fino a € 30.000,00	€ 350.000,00 per sinistro e anno
Ditta Individuale con fatturato da € 30.000,00 a € 70.000,00	€ 500.000,00 per sinistro e anno
Ditta Individuale con fatturato superiore a € 70.000,00	€ 1.000.000,00 per sinistro e anno
Studio associato o Società tra professionisti, con un massimo di 10 professionisti e un fatturato non superiore a € 500.000,00	€ 1.000.000,00 per sinistro e € 2.000.000,00 per anno
Studio associato o Società tra professionisti, con un massimo di 10 professionisti e un fatturato superiore a € 500.000,00	€ 2.000.000,00 per sinistro e € 4.000.000,00 per anno
Studio associato o Società tra professionisti, composto da oltre 10 professionisti	€ 5.000.000,00 per sinistro e € 10.000.000,00 per anno