

QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE – AVVOCATO

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome – Ragione Sociale			
Comune di nascita	Provincia	Data di nascita	
Codice Fiscale	Partita IVA		
Indirizzo (sede legale o residenza)	Località Comune	Prov	C.a.p.
Indirizzo Email	Numero di cellulare (obbligatorio per procedere con FEA – Firma Elettronica Avanzata)		
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscrizione Albo	Decorrenza dalle ore 24:00 del	

2. ALTRI RICHIEDENTI / ASSICURATI SE DIVERSI DAL CONTRAENTE

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Luogo di nascita	Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscrizione Albo

3. ALTRE POLIZZE IN ESSERE

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		☐ SI	☐ NO
Compagnia			
Data di inizio		Data di scadenza	
Massimale	Franchigia	Retroattività	

N. anni di copertura precedente continua	Premio Pagato
*** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.	

4. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

☐ € 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

Franchigia Richiesta:

☐ € 500,00
 ☐ € 1.000,00
 ☐ altro _____

Retroattività Richiesta:

Illimitata

5. DETTAGLIO FATTURATO

Dividere il fatturato dichiarato in fase di preventivazione tra le varie attività svolte

Ultimo fatturato chiuso anno precedente	Fatturato previsionale per anno corrente
€	€

Dettaglio Percentuali Geografiche - Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio

Italia/Europa	%
Usa e Canada	%
Resto del mondo	%

6. ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

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

Sindaco, Revisore, Membro del CDA, Membro del CDS, del Comitato di Controllo, Membro dell'ODV	☐ SI ☐ NO
--	---

Qualora svolga le attività di Amministratore (Membro CDA) e Sindaco, Membro del Consiglio di Sorveglianza o del Comitato per il controllo sulla gestione/ Revisione Legale dei Conti/Membro dell'Organismo di Vigilanza dichiara che il numero di incarichi sia superiore a 6?	☐ SI	☐ NO
Funzioni Pubbliche	☐ SI	☐ NO
R.C. della Conduzione dello Studio	☐ SI	☐ NO
Spese Ripristino Reputazione	☐ SI	☐ NO
Attività Fiscale e Tributaria	☐ SI	☐ NO

7. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Sono mai state rifiutate coperture assicurative per lo stesso rischio?	☐ SI	☐ NO
Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista è, attualmente, sindaco o revisore, o membro del Consiglio di Amministrazione, di società o enti che operano nei seguenti mercati: finanziario/bancario, assicurativo, utility, farmaceutico e che siano o meno quotate in borsa?	☐ SI	☐ NO
Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista è, attualmente, o è stato, in passato, sindaco o revisore di società o enti che abbiano avuto o hanno in corso un procedimento relativo alle seguenti situazioni: - fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa (procedure concorsuali previste dal R.D. 267/1942); - alle procedure di amministrazione straordinaria (di cui alla legge 95/1979), stato di insolvenza; - Riduzione del capitale per perdite (Art. 2482-bis del Codice Civile) e/o una Riduzione del capitale al disotto del minimo legale (Art. 2482-ter).	☐ SI	☐ NO
Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione <u>non opera</u> per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a: a. incarichi svolti per società che siano o siano state in stato di insolvenza, fallimento oppure siano o siano state sottoposte alle procedure concorsuali previste dal R.D. 267/1942 (e successive modifiche/integrazioni) e/o alle procedure di amministrazione straordinaria di cui alla legge 95/1979 (e successive modifiche/integrazioni) e/o alle situazioni previste dagli Artt. 2482-bis (Riduzione del capitale per perdite) e/o 2482-ter (Riduzione del capitale al disotto del minimo legale) del Codice Civile; b. incarichi svolti per Società finanziarie (IF e assicurazioni), Società quotate, Utilities, Farmaceutico/Sanitario	☐ SI	☐ NO

8. 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?	☐ SI	☐ 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.

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