

Responsabilità civile Professionale Professioni non Regolate

Modulo di Proposta

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

“Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave”(Art 1892 comma 1 Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome 1.B Cognome

1.E Città 1.F Provincia 1.G CAP

1.H Indirizzo

1.I Codice Fiscale 1.I Partita IVA

1.K Telefono cellulare 1.L Indirizzo email

Nel caso in cui il Contraente sia uno Studio/Società, indicare:

Ragione/Denominazione Sociale (in caso di Studio/Società)

Indicare il numero totale di:

- Membri del CDA	<input type="text"/>	- Partners, Soci d'Opera	<input type="text"/>	- Dirigenti	<input type="text"/>
- Quadri	<input type="text"/>	- Altro Personale	<input type="text"/>		

Indicare le generalità di Soci d'Opera, Partners, Direttori, Membri del Consiglio d'Amministrazione

COGNOME E NOME	POSIZIONE	ANNO DI NOMINA

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

2.B Assicuratori 2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia 2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale

3. INFORMAZIONI FINANZIARIE

3.A Fatturato

Professionista neo abilitato o Studio/Società di Professionisti neo costituita?

In caso di risposta affermativa indicare unicamente la stima di fatturato per l'esercizio corrente

	ITALIA	ESTERO (ESCLUSI USA E CANADA)	USA E CANADA
Fatturato ultimo esercizio finanziario completo	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Fatturato penultimo esercizio finanziario completo	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Stima fatturato esercizio corrente	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

3.B Indicare l'ammontare dei **3 maggiori compensi** ricevuti nell'ultima annualità e la ragione sociale/il nome dei relativi committenti

	ITALIA	ESTERO (ESCLUSI USA E CANADA)	USA E CANADA
1	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
2	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
3	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

4. INFORMAZIONI GENERALI

4.A Anno di inizio attività

4.B Attività:

Addetto alla Formazione del Personale <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/>	Promotore turistico <input type="checkbox"/>
Amministratore Condominiale <input type="checkbox"/>	Enologo <input type="checkbox"/>	Psicologo / Motivatore / Formatore / Life Coach <input type="checkbox"/>
Amministrazione, organizzazione e gestione di servizi sociali <input type="checkbox"/>	Ergonomista (esperto dei lavori ambientali) <input type="checkbox"/>	Rappresentante del farmaco <input type="checkbox"/>
Archeologo <input type="checkbox"/>	Fotografo <input type="checkbox"/>	Redattore pubblicitario e Direttore artistico <input type="checkbox"/>
Architetto d'interni, Arredatore <input type="checkbox"/>	Geografo <input type="checkbox"/>	Sistemista Informatico <input type="checkbox"/>
Consulente d'Impresa <input type="checkbox"/>	Gestore della catena tra fornitore e compratore <input type="checkbox"/>	Tecnico controllo qualità <input type="checkbox"/>
Consulente sulla proprietà industriale <input type="checkbox"/>	Grafologo <input type="checkbox"/>	Tecnico import-export <input type="checkbox"/>
Consulente / Terapista familiare <input type="checkbox"/>	Pedagogo <input type="checkbox"/>	Traduttore <input type="checkbox"/>
Data Protection Officer <input type="checkbox"/>	Pedologo <input type="checkbox"/>	Webmaster <input type="checkbox"/>
Direttore Multimedia <input type="checkbox"/>	Progettista prodotti <input type="checkbox"/>	Attività non compresa tra quelle sopra elencate <input type="checkbox"/>

Qualora l'attività del Proponente non sia compresa tra quelle sopra elencate, compilare anche la pagina 3

4.C Prevedete **cambiamenti sostanziali** nella tipologia di attività svolta nei prossimi 12 mesi?

In caso di risposta affermativa fornire dettagli

SI

NO

4.D Il Proponente/Contraente ricorre/si avvale dei servizi di **personale/entità esterne** per lo svolgimento di attività delle quali è **direttamente o indirettamente responsabile (Outsourcing)?**

In caso di risposta affermativa:

- indicare descrizione di tali attività

SI

NO

- confermare di aver verificato l'esistenza ed adeguatezza di polizza assicurativa a copertura di suddette attività

confermo

- indicare il massimale di tali polizze

- indicare l'ammontare dei compensi spettanti a tali soggetti esterni

€

4.E Fornire **descrizione** e suddivisione completa delle attività del Proponente indicandone la relativa **percentuale di introiti/parcelle**

	100%

4.F Siete coinvolti in processi di **produzione, costruzione, alterazione, installazione, vendita o fornitura di materiale e attrezzature?**

In caso di risposta affermativa fornire dettagli

SI

NO

4.G Indicare i **settori di attività dei principali clienti**, specificando se si tratti di **Società pubbliche o private**

SETTORE DI ATTIVITÀ

PRIVATO

PUBBLICO

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.H Il Proponente/Contraente è parte di **Consorzi e/o Associazioni d'Impresa?**

SI

NO

4.I Il Proponente/Contraente è coinvolto direttamente o indirettamente in attività svolte **oltre il confine italiano?**

In caso di risposta affermativa, indicare:

SI

NO

- indicare descrizione di tali attività

- **fatturato relativo**

€

4.J Il Proponente/Contraente pubblica/distribuisce, in forma cartacea o online, **brochures o materiale informativo circa i servizi offerti?**

In caso di risposta affermativa, fornirne una copia o indicare l'indirizzo del sito web

SI

NO

4.K Il Proponente/Contraente o alcuno dei suoi Direttori, Soci, Partners, membri del Consiglio d'Amministrazione detiene/ha detenuto partecipazioni in Società non quotate nei mercati regolamentati?

In caso di risposta affermativa, indicare

SI

NO

RAGIONE SOCIALE

ATTIVITÀ

INDIRIZZO

4.L Indicare che modo il Proponente/Contraente limita le proprie **responsabilità** nei confronti dei clienti o allegare la parte di contratto dalla quale si evincono tali limitazioni.

5. ESTENSIONI DI COPERTURA

5.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo)

€ 250.000 € 500.000 € 1.000.000

5.B Indicare la **franchigia** richiesta

€

5.C Indicare il numero di anni di **retroattività** richiesti

5.D È richiesta l'estensione di copertura a **Stati Uniti e Canada**?

5.E **Estensioni** di garanzia richieste

- Violazione di copyright, brevetti o marchi

SI

NO

- Violazione non intenzionale del segreto d'ufficio

SI

NO

- Ingiuria e diffamazione

SI

NO

- Data Protection Officer

SI

NO

6. SINISTROSITÀ PREGRESSA

6.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?

SI

NO

6.B 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, penale o deontologica nei suoi confronti?

SI

NO

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
- d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.

Firma

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 3 - Oggetto dell'Assicurazione - Retroattività

Art. 15 - Casi di cessazione dell'assicurazione

Art. 9 - Altre assicurazioni - Secondo rischio

Art. 17 - Facoltà di recesso in caso di reclamo

Art. 10 - Denuncia dei reclami (assicurazione claims made)

Art. 19 - Clausola Broker (validità delle comunicazioni)

Art. 11 - Diritti ed obblighi delle parti in caso di danno -

Vertenze e spese legali

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

Firma

Data