

DUAL *Professionisti* Avvocati

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Proposta di assicurazione Responsabilità Civile professionale per
Avvocati

Si precisa che i termini riportati in lettere maiuscole nella presente PROPOSTA di assicurazione hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

La seguente proposta di assicurazione è relativa ad una Polizza "claims made". Essa pertanto copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti ad ERRORI commessi in data non antecedente la data di RETROATTIVITÀ indicata nel CERTIFICATO ed avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la POSTUMA (se concessa), nei limiti ed alle condizioni tutte previste nelle condizioni generali allegate.

Le risposte relative alle domande contenute nella presente PROPOSTA sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere 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 in merito al rischio oggetto di assicurazione, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'INDENNIZZO.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP: **Città:** **Paese di residenza:**

P.IVA: **Cod. Fiscale:**

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Categoria:	Attività svolta in forma individuale con fatturato inferiore a € 30.000
	Attività svolta in forma individuale con fatturato compreso tra € 30.000 e € 70.000
	Attività svolta in forma individuale con fatturato superiore a € 70.000
	Attività svolta in forma collettiva (studio associato o società tra professionisti) con un massimo di 10 professionisti e un fatturato inferiore ad € 500.000
	Attività svolta in forma collettiva (studio associato o società tra professionisti) con un massimo di 10 professionisti e un fatturato superiore ad € 500.000
	Attività svolta in forma collettiva (studio associato o società tra professionisti) composto da oltre 10 professionisti

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA'

1. Il Proponente ha mai stipulato altre polizze che coprono in tutto o in parte i rischi oggetto della presente PROPOSTA ?

NO

SI

In caso affermativo indicare i seguenti dati:

Compagnia Assicuratrice	Scadenza	Data di Retroattività	Limiti di Indennizzo	Premio lordo

2. Qualche Assicuratore ha mai annullato, rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la RC professionale del Proponente negli ultimi 5 anni?

NO

SI

In caso affermativo fornire gli opportuni dettagli

3. Sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:
- del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
 - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
 - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva?

NO

SI

In caso affermativo compilare la scheda *Perdite/Richieste di Risarcimento pregresse allegata.*

4. Sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti:
- del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
 - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
 - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva?

NO

SI

In caso affermativo compilare la scheda *Circostanze pregresse allegata.*

5. Il proponente e/o i suoi COLLABORATORI per incarichi svolti per conto del proponente, o singoli professionisti assicurandi, sono attualmente e/o sono stati in passato sindaci o revisori o membri ODV di società o enti sottoposti a procedure concorsuali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
- fallimento
 - concordato preventivo
 - liquidazione coatta amministrativa
 - liquidazione volontaria
 - amministrazione controllata
 - amministrazione straordinaria
 - stato di insolvenza

NO

SI

In caso affermativo compilare la scheda *Procedure Concorsuali relativi a incarichi sindacali allegata.*

Si desidera estendere la copertura alle seguenti attività? In caso affermativo dovrà essere comunicato il relativo fatturato

6. Sindaco - Revisore - Membro Organismo di Vigilanza	NO	SI
7. Amministratore (CdA)	NO	SI
8. Attività individuale svolta dai soci e/o associati del proponente e fatturata con propria P.IVA (clausola "Studi associati / Società")	NO	SI
9. Amministratore condominiale	NO	SI
10. Responsabilità amministrativa ed amministrativo-contabile	NO	SI
11. Amministratore di sostegno	NO	SI

12. In caso di risposta affermativa ai punti 6. e/o 7., confermo che il FATTURATO derivante dalle attività di Amministratore (CdA), sindaco, revisore, membro dell'organismo di vigilanza NON supera il 35% del FATTURATO totale indicato nel BOX FATTURATO sotto riportato

Confermo	Non confermo
----------	--------------

13. Scelta del limite di indennizzo (in migliaia di Euro):

350
 500
 1.000
 1.500
 2.000
 2.500
 3.000
 5.000
 Altro.....

*In caso di attività svolta in forma collettiva, il limite di indennizzo in aggregato annuo sarà:
 • € 2.000.000 se selezionato il limite di indennizzo per sinistro di € 1.000.000 o € 1.500.000
 • € 4.000.000 se selezionato il limite di indennizzo per sinistro da € 2.000.000 a € 3.000.000

BOX FATTURATO			
	ATTIVITA' SVOLTE DI CUI SI RICHIEDE COPERTURA	FATTURATO ANNO PRECEDENTE (*)	FATTURATO ANNO CORRENTE (STIMA)
I	ATTIVITÀ ORDINARIA <i>Incluso acquisizioni e/o fusioni. Tale attività comprende anche, a titolo esemplificativo ma non limitativo: civile privato, penale privato, consulenze legali nei settori, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, assicurativo/finanziario, bancari, commerciali inclusa l'attività immobiliare, schemi pensionistici, ambito infortuni ed assistenziali, diritto del lavoro, giudiziario.</i>	€	€
II	LIQUIDATORE / CURATORE / COMMISSARIO	€	€
III	SINDACO / REVISORE LEGALE DEI CONTI (ai sensi del D.LGS. 39/2010) / MEMBRO ORGANISMO DI VIGILANZA	€	€
IV	AMMINISTRATORE (CdA)	€	€
V	ALTRO - (Specificare attività e relativi FATTURATI)	€	€
	RIPORTARE IL TOTALE	€	€

(*) Per FATTURATO dell'anno precedente il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA, presentati presso i competenti uffici dell'Agenzia delle Entrate. Per le società con esercizio fiscale diverso dall'anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA. Per tutti i soggetti che non siano tenuti alla presentazione della Dichiarazione IVA, sia in forma unificata (quadro IVA nel Modello UNICO) che separata (Dichiarazione IVA), per FATTURATO si intende il totale dei compensi o il totale dei ricavi desumibili dalla dichiarazione dei redditi. Il FATTURATO si intende al netto di IVA.

Data:/..../..... Firma del Proponente

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara: (i) di aver compreso le caratteristiche della polizza claims made; (ii) che le informazioni contenute nella presente PROPOSTA corrispondono a verità e che (iii) 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, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della polizza.

Dichiarazione del Proponente

Il Proponente dichiara che ha ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, PROPOSTA.

Si precisa che la dichiarazione che segue verrà presa in considerazione solo nel caso in cui il potenziale CONTRAENTE sia una Società, un'Associazione Professionale o uno Studio Associato

Dichiaro altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente PROPOSTA per conto della società, della Associazione Professionale o uno Studio Associato e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata. Mi impegno ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente modulo PROPOSTA e riconosco che la sottoscrizione della presente PROPOSTA non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla stipulazione del contratto.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Data: .../.../..... Firma del Proponente

Mezzi di pagamento

Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.
Qualora espressamente concordato con gli ASSICURATORI ed indicato nel CERTIFICATO, il pagamento del PREMIO potrà essere frazionato in una o più rate.

Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. (come definita nel Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Data: .../.../..... Firma del Proponente

EVENTUALI INFORMAZIONI INTEGRATIVE ALLA PROPOSTA FORNITE DAL PROPONENTE

Data: .../.../..... Firma del Proponente

