



del Rag. Galasso Cosimo

Via Dalmazia, 43 - 72100 Brindisi

Tel. 0831.588440 - 347.7830843



**MODULO DI PROPOSTA
NOTE IMPORTANTI**

Il presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza.

I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi il foglio bianco "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE" allegato 2. Le risposte alle domande del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere 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 relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo.

Consulente del lavoro

1.
 - Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)
 - Nome e Cognome del Proponente _____
 - Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente _____
 - Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

 - Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____
 - Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) _____
 - Denominazione in caso di Studio Associato _____

 - Partita Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato _____
 - Indirizzo (via, città, CAP, provincia) dello Studio Associato _____

 - Sito Web _____
 - Data di costituzione (GG/MM/AA) _____
 - Indirizzo di posta elettronica _____
 - Indirizzo di posta elettronica certificata _____
2.
 - In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio)

Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" dell'allegato 1 o nell'allegato 2.



del Rag. Galasso Cosimo

Via Dalmazia, 43 - 72100 Brindisi

Tel. 0831.588440 - 347.7830843

LLOYD'S

3.

➤ Massimale richiesto

250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____

4. Rinnovo Automatico Si No

5. Continuous Cover Si No

6. Periodo di retroattività richiesta: Si No

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività Cinque anni Dieci anni Illimitata

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.

➤ 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

9.

➤ 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

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

10.

➤ 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

Se si, fornire dettagli

11.

A) 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

Se si, fornire dettagli

B) Le società (indicate al punto A), 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 si indicare il vecchio capitale _____ e il nuovo capitale _____



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA. La firma del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

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.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - 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 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 soggetti 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

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'IVASS.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



del Rag. Galasso Cosimo

Via Dalmazia, 43 - 72100 Brindisi

Tel. 0831.588440 - 347.7830843

LLOYD'S

ALLEGATO N°1 - SPLIT DEL FATTURATO PER CONSULENTE DEL LAVORO

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

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Curatore, Commissario <input type="checkbox"/> EDP* <input type="checkbox"/> Altro (es. Consulenza ecc) _____ <input type="checkbox"/> Certificazione obbligatoria (allegare nominativi e settori merceologici delle società) <input type="checkbox"/> Certificazione volontaria Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730 <input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
<input type="checkbox"/> Visto Pesante	€	€
<input type="checkbox"/> Mediazione/Conciliazione	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti (allegare nominativi e settori merceologici delle società) Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati _____ Numero di Super Condomini amministrati _____	€	€
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche _____	€	€
TOTALE	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RC conduzione studio? Sì No

*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



del Rag. Galasso Cosimo

Via Dalmazia, 43 - 72100 Brindisi

Tel. 0831.588440 - 347.7830843

LLOYD'S

ALLEGATO N°2 - FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



del Rag. Galasso Cosimo

Via Dalmazia, 43 - 72100 Brindisi

Tel. 0831.588440 - 347.7830843

LLOYD'S

ALLEGATO N°3 - NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compileratore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per rivitalizzare il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e poter ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ____/____/____. non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, **il sottoscritto**, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997.

Firma del Proponente _____

In ottemperanza **all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006**, dichiara di aver ricevuto gli allegati **7A e 7B** e di aver preso visione dei contenuti.

Firma del Proponente _____

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - 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 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 soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Galasso Cosimo con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Firma del Proponente _____

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti o Wholesale-Broker, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. eventuali competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo che andrete a comunicarmi e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

La firma della presente Proposta/Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto.

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente.

Gentile Contraente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di **Responsabilità Civile Professionale**, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente: _____

b) Data di compilazione e firma del questionario: _____

c) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? _____

d) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

Sì No

e) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

Sì No

f) Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

Sì No

g) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?

Sì No

DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA

FIRMARE SOLO IL CASO RITENUTO VALIDO

CASO 1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal Contraente e raccolte dall'intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto, con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.



Luogo e data

L'intermediario

Il Contraente

CASO 2. DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principali motivo/i dell'eventuale inadeguatezza: _____

Luogo e data

L'intermediario

Il Contraente

CASO 3. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Il Contraente