

MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE COMMERCIALISTA

Da inviare per Email ad hub@assiprofessionisti.it o per fax allo 02.87.18.19.05

Per informazioni tel. 02.91.98.33.11 o al 345.91.93.549 Dott.ssa Serena Bocchi

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare	
E-mail	Fax	
Cod. Fiscale	Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di	Data e Nr iscrizione	

Azienda/Studio		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	

*Effetto | | | | Scadenza | | | |

*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

MASSIMALE: € | | ,00 per anno e per sinistro **Fatturato: €** | | ,00

Retroattività illimitata

Premio RC	€	_____ , 00
Premio per Attività di Sindaco, Revisore, Consigliere di Amministrazione, Membro di OdV	€	_____ , 00
☐ Estensione: Visto Leggero e Elaborazione 730 Massimale € 3.000.000		€ 176, 00
☐ Estensione: Visto pesante e Elaborazione 730 Massimale € 3.000.000		€ 198, 00
☐ Estensione: Funzione pubbliche e RAAC		€ 28, 00
☐ Estensione: Crisi d'impresa-OCRI-OCC		€ 12, 00
☐ Sinistro pregresso +15%		
☐ TUTELA LEGALE: Massimale € 50.000 senza franchigia		€ 120, 00
☐ POLIZZA CYBER		€ 60, 00
TOTALE: (diritti di emissione: +10 €)	€	_____ , 00

Pagamento:

☐ **Bonifico bancario:** Banco BPM – C/C Intestato **Assimedici Srl**

IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 – Causale: nome e cognome

☐ **Carta di credito:** ☐ VISA ☐ MASTERCARD

NR. | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | |

Scad. | | | | / | | | | cvv* | | | | *Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza 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, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. 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. competenze assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____ | | | | _____

(Firma del Contraente)

ASSIPROFESSIONISTI è gestito da ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.10.98

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.it

Partita Iva 07626850965 – Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011

Cap. Soc. 50.000,00 i.v



Questionario di Raccolta Dati

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato (se soggetto diverso dal Contraente) (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

2. Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:

☐ Annuale

3. Altre polizze assicurative con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative di Responsabilità civile attive con Società del Gruppo AmTrust che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza?

☐ NO ☐ SÌ

4. Iscrizione all'Albo Professionale

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

☐ NO ☐ SÌ

Indicare numero di Iscrizione all'Albo: _____

Indicare data di Iscrizione all'Albo: _____

5. Indicare i compensi per Attività Professionale (Attività Ordinaria) (al netto di IVA e contributi per Cassa Previdenza): _____

5.1 Indicare i compensi per Attività di Sindaco, Revisore, Consigliere di Amministrazione, Membro di OdV: _____

Questionario di Raccolta Dati

Sezione RC Professionale

6. Selezionare il Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione desiderato (segnare con una X il campo "Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione da acquistare")

Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione da acquistare
€ 250.000	
€ 350.000	
€ 500.000	
€ 750.000	
€ 1.000.000	
€ 1.500.000	
€ 2.000.000	
€ 2.500.000	
€ 3.000.000	
€ 3.500.000	

7. Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ Illimitata

8. Franchigia

€ 0	X
-----	---

9. Garanzie Aggiuntive Opzionali - RC

Si intende acquistare le seguenti Garanzie Aggiuntive? (segnare con una X il campo "Garanzia Aggiuntiva da acquistare")

Garanzia Aggiuntiva Opzionale	Garanzia Aggiuntiva da acquistare
Funzioni pubbliche e RAAC	
Crisi d'impresa – OCRI – OCC	
Attività di Sindaco, Revisore, Consigliere di Amministrazione, Membro di OdV	
Visto leggero e Elaborazione 730 (Massimale € 3.000.000)	
Visto pesante	

10. Sinistrosità

Sono stati denunciati sinistri, o comunque notificati all'Assicurato, negli ultimi 5 anni?

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ Più di 1 Sinistro

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 12

Questionario di Raccolta Dati

11. Fatti Noti

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento del proprio incarico, è a conoscenza di "Fatti noti" e/o Circostanze avvenuti negli ultimi 5 anni dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua Responsabilità civile?

☐ Nessuno ☐ 1 Fatto Noto ☐ Più di 1 Fatto Noto

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 12

12. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta diversa da "Nessuno" ad almeno una delle richieste dei punti 10 e 11 del presente Questionario

A) Sinistri

1° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Questionario di Raccolta Dati

B) Fatti Noti

1° Fatto Noto

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Fatto Noto

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Questionario di Raccolta Dati

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;

la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____ li ____ / ____ / ____

Il Contraente _____

Trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____ li ____ / ____ / ____

Il Contraente _____



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA

MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del

14/03/2008 • Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS

14/03/2008 - n. 1.00165 Gruppi di appartenenza AmTrust Financial
Services, Inc. (AFSI)

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o Ragione sociale:

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

