

MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE MEDIATORI CREDITIZI

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05** Per informazioni tel. **02.49.53.39.80**

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	Prima rata
<small>*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</small>		

MASSIMALE: € ,00 per anno e per sinistro	Franchigia: € ,00
---	----------------------------------

Premio RC	€ ,00
Totale Omnicomprensivo in attesa di conferma di emissione	€ ,00

Pagamento:

Bonifico bancario: Banco BPM – Filiale 1627 MILANO C/C Intestato **Assimedici Srl**
IBAN: IT 91 H 05034 01672 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 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, 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 per consulenza ed 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)



DUAL Professioni Mediatori Creditizi e Agenti in Attività Finanziarie

MODULO RACCOLTA DATI

Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità Civile Professionale Mediatori Creditizi e Agenti in Attività Finanziarie

Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI. Esso si riferisce al prodotto DUAL Professioni dedicato a professionisti, associazioni professionali e/o società con FATTURATO fino a € 200.000 e non si applica individualmente a professionisti parte di associazioni professionali o società.

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno riportate nella SCHEDA DI POLIZZA sotto forma di dichiarazione del CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto emesso su richiesta del Proponente. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver espletato un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

ATTENZIONE: i termini riportati in lettere maiuscole hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRESIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP:

Città:

Paese di residenza:

P.IVA.

Codice Fiscale:

Indirizzo di posta elettronica

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

1. FATTURATO consuntivo, previsionale se Proponente Neo Costituito (includere l'eventuale FATTURATO derivante: dall'attività dei singoli professionisti, di amministratore condominiale e/o dei COLLABORATORI iscritti all'OAM, se richieste le rispettive estensioni)

€

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

2. Esiste altra polizza che copre in tutto o in parte i rischi oggetto del contratto di assicurazione a cui si riferisce il presente modulo?

SI	NO
----	----

ATTENZIONE: nel caso di risposta “Non Confermo” anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono si prega di far compilare la Proposta di Assicurazione tailor made e di sottoporla a DUAL ITALIA S.P.A. che valuterà l’assumibilità del rischio.

3. Confermo che **NON** 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.

Confermo Non Confermo

4. Confermo che **NON** 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.

Confermo Non Confermo

5. Confermo che il Proponente **NON** è mai stato sottoposto ad indagini, verifiche, procedimenti, contestazioni, controlli e sanzioni da parte di Autorità di Controllo e/o di vigilanza e/o da parte di un’Autorità Giudiziaria.

Confermo Non Confermo

Se il FATTURATO dichiarato è comprensivo anche del FATTURATO relativo ad una o più delle attività di seguito indicate, si richiede l’estensione:

6. Studi associati / Società?

SI NO

7. Amministratore condominiale?

SI NO

8. Se ti avvali di COLLABORATORI iscritti all’OAM che esercitano la professione, desideri che sia previsto per loro lo stesso massimale da te prescelto, fermo restando il massimale in aggregato annuo ?*

SI NO

Se sì, si prega di indicare il nominativo del o dei COLLABORATORI:

.....

** In caso di risposta affermativa è applicato un sovrappremio del 30%, a prescindere dal numero di COLLABORATORI indicati.*

LIMITI DI INDENNIZZO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al FATTURATO dichiarato al precedente punto 1. barrare la casella del LIMITE DI INDENNIZZO richiesto

CLASSI DI FATTURATO	LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro)	
	500 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO / 1.000 in aggregato annuo	750 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO / 1.250 in aggregato annuo
DA € 0 A € 100.000	<input type="checkbox"/>	R.D.
DA € 100.001 A € 200.000	R.D.	<input type="checkbox"/>

PREMIO annuo lordo Euro

.....

AVVERTENZE

Qualora le risposte fornite siano tutte “Confermo”, le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell’emissione del Contratto emesso su richiesta del Proponente e riportate nella SCHEDA DI POLIZZA per opportuna sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il DIP, al DIP aggiuntivo, le condizioni generali di assicurazione e le definizioni, contenuti nel set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018 che dovrà essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto.

Firma dell’INTERMEDIARIO:

Data: .../.../..... Firma del Proponente per accettazione:

Il presente documento è aggiornato al mese di Novembre 2019

Conferma ricezione di:

DA FIRMARE

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **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 di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato**Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
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 Stefano, 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

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

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

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

NUMERO VERDE

800-803.309

STEFANO
GROUP