

## MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE

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

Contraente		Assicurato	
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	
Attività		Altra eventuale attività svolta	
Iscritto albo		Nr. Iscr. albo	Prov.
Fatturato anno precedente €		Fatturato previsto anno in corso €	
Estensioni richieste:			
Altre assicurazioni personali in corso		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Compagnia
Num.	Massimale	Scadenza	
Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo:			
Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia <i>Se si indicare motivazione e data:</i>			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto <i>In caso affermativo allegare documentazione a riguardo</i>			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
L'assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
*Effetto		Scadenza	
		Prima rata	
*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	Franchigia: €   ,00
Pagamento:			
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario: UBI Banca – Filiale 6331 MILANO C/C Intestato <b>Assimedici Srl</b>			
IBAN: IT 71 W 03111 01673 0000 0000 4990 – Causale: nome e cognome			
<input type="checkbox"/> Carta di credito: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD			
NR.         -         -         -			
Scad.     /       cvv*			
*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito			
<p><b>Nel rispetto della vigente normativa:</b> 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.</p>			

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(Firma del Contraente)



# Polizza RC Professionale Agenti Immobiliari

## MODULO RACCOLTA DATI

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno da intendersi quali dichiarazione rilasciate dal CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

### INFORMAZIONI GENERALI

**PROPONENTE:** \_\_\_\_\_

**FORMA SOCIETARIA:**  **DITTA INDIVIDUALE**  **SNC-SAS**  **SPA-SRL**

**INDIRIZZO:** \_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_ **CITTA':** \_\_\_\_\_ **PROV:** \_\_\_\_\_

**P.IVA:** | | | | | | | | | | | | | | | |

**CODICE FISCALE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**PEC:** \_\_\_\_\_

**ISCRITTO ALL'ORDINE DI:** \_\_\_\_\_ **DATA E NR ISCRIZIONE:** \_\_\_\_\_

**DATA INIZIO ATTIVITÀ:** | | | | | | | | | |

### INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

**1. PRECEDENTI ASSICURATIVI**

Il richiedente è mai stato assicurato con una polizza RC Professionale?  SI  NO

Se SI indicare:

Compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

Data di scadenza della precedente polizza: \_\_\_\_\_

Data di retroattività riportata sulla polizza precedente e/o in scadenza: \_\_\_\_\_

Al richiedente è mai stata cancellata o rifiutata la polizza di RC Professionale?  SI  NO

Se SI, la compagnia si riserva di valutare il rischio.

**2. RETROATTIVITÀ AGGIUNTIVA RICHIESTA:**

3 ANNI  4 ANNI  5 ANNI  10 ANNI

**3. FATTURATO** lordo consuntivo o previsionale, se il Proponente è Neo Costituito

€

*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.*

**ATTENZIONE:** nel caso di risposta "Non Confermo" anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono si procederà con una quotazione riservata alla Direzione

4. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o C, accettate o respinte, relative ad errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni,  Confermo  Non Confermo

5. Confermo che NON sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO negli ultimi 5 anni:  Confermo  Non Confermo

Luogo e Data \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

(Firma del Contraente)



LIMITI DI INDENNIZZO E DI DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al FATTURATO dichiarato al precedente punto 3.e alla FORMA SOCIETARIA, barrare la casella del LIMITE DI INDENNIZZO richiesto:

<b>FATTURATO DITTA INDIVIDUALE</b>	<b>SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO</b>		
	<b>260.000</b>	<b>520.000</b>	<b>1.550.000</b>
DA € 0 A € 200.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 200.001 A € 350.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 350.001 A € 500.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>FATTURATO SOCIETA' SNC - SAS</b>	<b>SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO</b>	
	<b>520.000</b>	<b>1.550.000</b>
DA € 0 A € 200.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 200.001 A € 350.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 350.001 A € 500.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>FATTURATO SOCIETA' SPA - SRL</b>	<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b>
	<b>1.550.000</b>
DA € 0 A € 200.000	<input type="checkbox"/>
DA € 200.001 A € 350.000	<input type="checkbox"/>
DA € 350.001 A € 500.000	<input type="checkbox"/>

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

PREMIO annuo lordo Euro .....

AVVERTENZE

**Qualora le risposte fornite siano tutte "Confermo", le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell'emissione del Contratto.**

**Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il Set Informativo**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_

(Firma del Contraente)



- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Set informativo

Data e Luogo

## Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

**Cognome e Nome**o **Ragione sociale:**

Codice fiscale o

Partita IVA:

Indirizzo residenza o

Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i SET INFORMATIVI delle polizze richieste.**

Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE presente nelle polizze di responsabilità civile.**

Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:

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 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 di quelli già ricevuti 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 indagine 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

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



- Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto
- Dichiarazione di adeguatezza
- Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste
- Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Data e Luogo

**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 cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella 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:

**Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale/Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Indirizzo/Sede Legale** \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- RC Professionale;**  **Infortuni;**  
 **Tutela Giudiziaria;**  **Altro** \_\_\_\_\_

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

- ✓ 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 IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **NO**

**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.

L'intermediario

Il contraente

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ 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.

L'intermediario

Il contraente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ 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 principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

L'intermediario

Il contraente

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

